

**Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociologie**

Diplomová práce

Anna Bártová

**Prekarita práce peer konzultantů v oblasti péče o
duševní zdraví**

**Problematics of the work of the peer consultants in the
field of mental health care**

Poděkování

Děkuji své vedoucí, doc. Mgr. Radce Dudové za trpělivé vedení, cenné rady a konstruktivní zpětnou vazbu. Zároveň bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotu, poskytnutý čas a cenné informace, a v neposlední řadě také paní Heleně Koutkové za pečlivou korekturu práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27.7 2021

.....

Anna Bártová

Abstrakt

Cílem předkládané práce je představit problematické aspekty práce peer konzultantů v oblasti péče o duševní zdraví, tedy v psychiatrických nemocnicích, sociálních službách a volnočasových klubech.

V rámci teoretické části bude představen kontext, ze kterého pozice vzrůstá a pochází – tedy koncept duševního onemocnění a stigmatizace duševního onemocnění, stejně jako projekt deinstitucionalizace systému péče o duševní zdraví. Teoretickou část práce pak uzavírá představení samotné pozice peer konzultanta.

V praktické části se pak prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zabývám samotnými problematickými aspekty – tedy náplní práce peer konzultanta, zkušenostmi s kolegy a klienty, požadavky na pozici, tématem budoucnosti a pracovního postupu, a na závěr také problematikou legislativního ukotvení této pozice.

Klíčová slova: duševní onemocnění, stigmatizace, peer konzultant, peer lektor, sociální služby, psychiatrická péče, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, deinstitucionalizace

Abstract

The aim of the presented work is to present problematic aspects of the work of peer consultants in the field of mental health care, i.e., in psychiatric hospitals, social services and leisure clubs.

The theoretical part will present the context from which the position grows and comes- the concept of mental illness and stigmatization of mental illness, as well as the project of deinstitutionalization of the mental health care system. The theoretical part of the work is then concluded with an introduction to the position of the peer consultant.

In the practical part I deal with the problematic aspects themselves by the means of semi-structured interviews. Aspects such as the scope of work of the peer consultant, experience with colleagues and clients, requirements for the position, the topic of the future and the work procedure and finally also the issue of the legislative anchoring of this position.

Key words: mental illness, stigmatization, peer support, peer mentor, social works, psychiatric care, Centre for mental health care development, deinstitutionalisation

Obsah

Úvod	3
Teoretická část	5
1. Duševní onemocnění a stigmatizace	5
1.1. Co je duševní onemocnění	5
1.2. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch	6
2. Systém péče o duševní zdraví v České republice	14
2.1. Historie psychiatrické péče v České republice	14
2.2. Stav psychiatrické péče v České republice	16
2.3. Deinstitucionalizace	18
3. Pozice peer pracovníka	20
3.1. O pozici peer pracovníka	20
3.2. Peer pracovník v oblasti péče o duševní zdraví.....	21
3.3. Zavádění peer konzultantů do péče o duševní zdraví v České republice.....	22
3. 4. Náplň práce peer pracovníků	24
3. 5. Kritické aspekty peerské práce.....	27
Praktická část	31
4. Výzkumné téma a cíle výzkumu	31
4.1. Výzkumný design a metoda	32
4.3. Popis a výběr výzkumného vzorku	33
4.4. Charakteristika výzkumného vzorku	33
4.2. Popis analýzy rozhovorů.....	34
4.5. Průběh projektu	35
4.6. Etické aspekty výzkumu	36
5. Výsledky analýzy dat	39
5.1. Náplň práce peer konzultantů.....	39
5.2. Zkušenosti s kolegy a pracovním týmem	45
5.3. Zkušenosti s klienty	49
5.4. Požadavky na pozici.....	55
5.5. Finanční ohodnocení	60
5.6. Téma budoucnosti a kariérní postup	63
5.7. Legislativní ukotvení.....	70
6. Závěr a diskuze	76
7. Limity výzkumu.....	80
8. Seznam použité literatury	81

Úvod

Pozice peer konzultanta se v oblasti duševního zdraví dlouhodobě setkává s velmi pozitivním ohlasem. Z jedné strany tato pozice nabízí příležitost v podobě pracovního uplatnění pro osoby s duševním onemocněním, jejichž možnosti jsou v tomto ohledu kvůli jejich zdravotnímu stavu výrazně omezené, z druhé strany pak je přínosem pro odborníky z lékařského prostředí a sociálních služeb, jelikož peer konzultant disponuje určitou nadstavbou v podobě vlastní zkušenosti. Díky tomu se spolupráce s klientem či pacientem setkává s větší efektivností, protože je pomáhající vztah peer-klient propojen na méně formální a více emocionální lidské rovině, vzhledem k tomu, že obě strany disponují zážitky spojenými s nemocí, hospitalizací, předsudečným chováním ze strany zdravé veřejnosti a podobně.

Pomoc peerů se však promítá nejen do přímé práce s klientem, ale také do oblasti destigmatizačních a deinstitucionalizačních intervencí. To znamená postupnou edukaci společnosti o skutečném charakteru duševního onemocnění a humanizaci psychiatrické péče a její částečné přesouvání do komunitních služeb, tedy do přirozeného prostředí pacientů, mimo zdi psychiatrických nemocnic. Peer konzultant je zde součástí multidisciplinárních týmů spolu s dalšími odborníky na duševní zdraví, jako je psychiatr, psycholog, terapeut, sociální pracovník a psychiatrická sestra, či sociálních služeb sloužících jako náhrada za následnou péči po ukončení hospitalizace pacienta, které usnadňují postupný návrat jedince do běžného života. V České republice je služeb peer konzultantů využíváno od roku 2013, kdy se hlavním iniciátorem a evaluátorem ve smyslu zavádění této pracovní pozice do oblasti sociálních služeb a psychiatrických nemocnic stalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, přičemž zpětná vazba na tyto intervence a zkušenost spolupráce s novou pracovní silou byla veskrze pozitivní.

V zahraniční literatuře, ze zemí, kde je pomoc peer pracovníků využívána o něco déle (například v rámci Spojených států, kde s peery spolupracují od roku 2001), se ale začínají akcentovat určitá úskalí této pozice – týkají se především otázky pracovní náplně, finančního ohodnocení, otázky hranic ve spolupráci s klienty či umístění peer konzultanta v rámci hierarchie pracovního týmu. Těmto tématům však v odborné literatuře v našem prostředí příliš pozornosti věnováno není. Dalším důležitým faktorem v našich podmínkách je absence legislativního ukotvení této pracovní pozice. Tomu by měl pomoci Národní akční plán, dle kterého by se pozice peer konzultanta měla do roku 2030 stát plnohodnotnou součástí sociálních služeb a psychiatrické péče, přičemž role a kompetence pro každou z uvedených oblastí by měly být zvlášť specializovány.

Z výše uvedeného se dá tedy předpokládat, že se tato úskalí mohou projevit v rámci dlouhodobějšího působení peer konzultantů. Stejně tak se nabízí otázka, do jaké míry je za takových podmínek reálná profesionalizace a specializace tohoto povolání pro dvě na sebe navazující oblasti.

V této diplomové práci se proto prostřednictvím analýzy polostrukturovaných rozhovorů s peer konzultanty zaměstnanými v oblasti sociálních služeb a psychiatrických zařízení zabývám tím, do jaké míry jsou avizovaná úskalí reálná a do jaké míry se projevují v každodenním působení peer konzultantů, jakož i tím, jaké jsou jejich názory na profesionalizaci a strukturální změny akcentované Národním akčním plánem.

Teoretická část

1. Duševní onemocnění a stigmatizace

Ještě před tím, než bude pozornost věnována samotné pozici peer konzultanta, je důležité vysvětlit pole, ve kterém se peer konzultant pohybuje. Tato pozice vznikla především jako reakce na rozsáhlý a celospolečenský problém, kterým je stigmatizace duševního onemocnění. Ta primárně ovlivňuje postoje zdravé veřejnosti, stav psychiatrické péče a samozřejmě také kvalitu života osob s duševním onemocněním. V této kapitole proto bude krátce vysvětlen pojem duševního onemocnění, následně pak stigmatizace duševního onemocnění a některá její pojetí a typologie. Následně bude nastíněna situace v České republice v této oblasti a oblast intervencí, které se snaží tuto situaci změnit k lepšímu, ve které hrají právě peeri významnou roli.

1.1. Co je duševní onemocnění

Duševní onemocnění představuje relativně rozsáhlou skupinu diagnóz. Kromě poměrně známého psychiatrického onemocnění schizofrenie a jí příbuzných psychických poruch hovoříme o afektivních poruchách; organických duševních poruchách; poruchách psychického vývoje; poruchách osobnosti, řadíme sem i poruchy způsobené dlouhodobým užíváním psychoaktivních látek. Mezi jejich důsledky patří různým způsobem zatížená schopnost vnímání, myšlení, paměti, intelektu či emočního prožívání. Liší se průběh, intenzita a délka trvání, s jakou jedince postihují, a to i s ohledem na věk pacienta či socioekonomický status (Mahrová et al., 2008; Pěč, Probstová, 2009; Ocisková, Praško, 2015).

Je nutné říci, že v rámci této diplomové práce bude pozornost zaměřena především na psychotická onemocnění, tedy těžká duševní onemocnění, jakými jsou právě nemoci ze skupiny schizofrenního okruhu, afektivní poruchy, tedy

deprese, úzkosti či bipolární poruchy nebo poruchy osobnosti. U nich bývá zdrojem, krom psychosociálních vlivů, také biologická predispozice. Mají významný vliv na kognitivní funkce jedince, jeho vnímání reality, krátkodobou a střednědobou paměť, emoční prožívání a projevy. Co se týče tělesných projevů, může sem patřit strnulost ve tváři bez známek emočního prožívání, strnulost celého těla nebo repetitivní houpání ze strany na stranu, tendence k větší pasivitě, častá únava a neochota či nemohoucnost zapojit se do každodenních aktivit a společenského dění (Mahrová et al., 2008).

Velmi problematické je vnímání jedinců s duševním onemocněním většinovou, zdravou společností. Ta si ve většině případů z důvodu nedostatečného povědomí o původu a charakteru psychiatrických diagnóz o těchto jedincích vytváří poměrně silně negativní postoje a předsudky, myslí si, že jsou nebezpeční, nepředvídatelní nebo nesvéprávní a odmítá jejich působení ve svém blízkém okolí. Je pak běžnou praxí, že tato percepce je následně přejímána i samotnými lidmi s duševním onemocněním a dochází tak sebestigmatizaci těchto jedinců (Janoušková, Winkler, 2015).

1.2. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch

1.2.1. *Principy vzniku stigmatu*

Řádnou pozornost si však koncepce stigmatu vysloužila v 60. letech 20. století v kontextu symbolického interakcionismu. Zde byl předmětem zkoumání především „způsob utváření symbolických významů v rámci sociálních interakcí a jejich následné připisování určitým skupinám či jednotlivcům, kteří jsou označeni za nositele deviace neslučitelné s normalitou“ (Janoušková, Winkler, 2015, p. 31). V Goffmanově pojetí (2003) je pak stigmatem rys, který je formován právě v rámci sociálních interakcí a mezilidských vztahů, přičemž má snahu značně diskreditovat jedince, kvůli vlivu na sociální identitu, osobní i společenský život jedince.

Tento autor pak pracoval se třemi pojetími stigmatu – prvním bylo stigma tělesné, v podobě různých tělesných znetvoření, druhým kmenové, tedy taková stigmata, která se mohou předávat z generace na generaci v rámci rodivých linií, kdy jde například o rasu, národnost či náboženství, či charakterové vlastnosti, tedy například projevy agrese, slabé vůle či právě psychické poruchy.

Goffmanovo dílo pak rozvíjejí Link a Phelan (2001), doplňují ho o strukturální rozměr a představují ho jako proces tvořený na sebe navazujícími komponentami. První komponentou je rozlišování a označování, v rámci ní si jedinci vytvářejí určité kategorie či klasifikace. V této fázi se jedná o poměrně přirozenou lidskou tendenci rozdělit si vjemy do srozumitelných částí. Stigmatizující se stává ve druhé fázi, kdy na základě vníklého označení vzniká stereotyp, nechtěná, negativní sociální charakteristika, které následuje snaha jedince separovat, tedy zařadit do kategorie odlišné od zbytku společnosti. Zde nastává rozlišování na „my a „oni“, které je navíc doplněno o emocionální reakce, ať už jde o emoce negativní, tedy hněv či agresivní projevy chování či naopak spíše pocity viny nebo lítost. V kontextu výše uvedeného stigmatizovaná osoba začíná zažívat diskriminaci, odepření svého původního sociálního postavení, a díky těmto rozdílům v moci, tedy zároveň poslední komponentě, dochází k odepření životních možností a příležitostí, možnosti participovat na každodenním životě, a tedy větší zranitelnosti jedince.

Specifika stigmatizace v kontextu duševního onemocnění pak vysvětluje Thornicroft (2006, 2007). Dle něj je možné rozdělit problematiku stigmatizace v tomto ohledu na tři složky. Těmi jsou 1) nevědomost, tedy to, že většinová společnost nedisponuje dostatkem znalostí o dané minoritě, 2) předsudky, tedy problematické postoje a 3) to, že jsou jedincům připisovány určité negativní atributy, které by se dle většinové společnosti měly odvíjet od jejich onemocnění.

Mezi takové atributy může patřit to, že se o lidech s psychotickým onemocněním tvrdí, že jsou nezvladatelní, nepředvídatelní a nebezpeční svému okolí (Janoušková, Winkler, 2015; Crisp et al., 2000).

Clement et al. (2014) pak představují několik druhů stigmatu: očekávané stigma – jedinec očekává, že se k němu budou druzí chovat nesprávně a stejně tak s ním bude nakládáno; zažívané stigma – jedinec na vlastní kůži zažívá vliv negativních stereotypů (nadávky směřované na jeho zevnějšek nebo chování), internalizované stigma – to nastává v případě, kdy jedinec přebírá negativní stereotypy od většinové společnosti o své osobě a začíná jim věřit; vnímané stigma – když si je jedinec s určitým atributem vědom, jak většinová společnost přistupuje k jedincům, kteří disponují stejným atributem; potvrzující stigma – aktivní vyjadřování negativních předsudků většinovou společností; a stigma v léčení a péči – to může nastat v případě, kdy lékař odmítne poskytnout ošetření jedinci s duševním onemocněním, i když k tomu není objektivní důvod.

Gronholmová s kolegy (2016) zase upozorňuje na perspektivu stigmatu orientovanou na aktéra, který stigmatizuje nebo je stigmatizován. Představuje veřejné stigma, neboli stereotypy a předsudky, které přetrvávají v obecné populaci; strukturální stigma, které je činěno prostřednictvím zákonů, politiky či ústavní praxe; stigma se svolením, tedy předsudky, stereotypy a diskriminace, které jsou získány spojením s danou stigmatizovanou skupinou či stigmatizovaným jedincem; stigma mezi poskytovateli, tedy například zdravotníky, či úředníky, kteří odmítnou danému jedinci pomoci na základě jeho diagnózy, i když k tomu nemají objektivní důvod, a poslední sebe-stigma, které vznikne v případě, kdy stigmatizovaný jedinec všem těmto stereotypům a předsudkům uvěří a začne je aplikovat na sebe samého. Poslední jmenovaný druh stigmatu bude blíže představen v následující podkapitole.

Corrigan (2000) pak vysvětluje, že procesu stigmatizace nepředchází nic jiného než základní lidská potřeba rozdělit si složitou sociální realitu na o něco pochopitelnější jednodušší a vzájemně propojené atributy. Autor pak popisuje mechanismus tohoto chování – stimulem bývá určité odlišující chování u druhého jedince. Na to reagují kognitivní receptory, které se projeví v rámci tělesné reakce a projevů chování. Pokud zdravý jedinec například spatří člověka s duševním onemocněním, zarazí ho jeho neupravený vzhled a fakt, že si tento člověk mluví sám pro sebe. Tento jev se pak v jeho mysli spojí s negativním stereotypem. „Neupravení lidi, kteří si mluví sami pro sebe, se neslučují se společenskými normami. To znamená, že je to nebezpečné. Takže tento člověk musí být také nebezpečný.“ Tyto myšlenky se pak projeví v jeho chování. „Přece nedovolím, aby takto nebezpeční lidé ohrožovali mé děti. Nechci, aby se takoví lidé pohybovali v mém okolí.“ V dalších pracích pak tento autor vysvětluje koncept stereotypů a předsudků. Stereotypy tak nejsou ničím jiným než výslednicí snahy jedinců sumarizovat si informace do srozumitelných kategorií. Negativní stereotypy jsou takové, které danou sociální skupinu staví do negativního světla (lidé s těžkým duševním onemocněním jsou nebezpeční a nesvéprávní). Lidé, kteří s tímto souhlasí, pak jejich jednání, orientované na tuto skupinu spojují s negativními pocity a stejnými emočními reakcemi – to jsou předsudky (Corrigan et al, 2006).

1. 2. 2. Sebestigmatizace u osob s duševním onemocněním

Ačkoli se z předchozí podkapitoly může zdát, že stigmatizace představuje relativně přirozenou reakci, a tedy na ní není nic špatného, nese v sobě řadu velice negativních konsekvencí. Jedním z nich je fakt, že jedinci, kteří disponují nějakým druhem zdravotního postižení, tyto předsudky a stereotypy přebírají a začínají jím věřit.

To znamená, že pokud lidé s duševním onemocněním slýchají, že jsou nebezpeční, nezvladatelní či naopak líní, neschopní nebo nespolehliví, přestávají vydávat sílu a energii na překonávání se, aby i přes své zdravotní omezení participovali na běžných denních aktivitách. Přestávají se pokoušet chodit na veřejnost, hledat si práci, starat se o domácnost nebo dokonce o sebe samé (Corrigan et al. 2006). Situace pak není nepodobná ani konceptu sebenaplňujícího se proroctví, kdy „lidé reagují nejenom na objektivní charakteristiky situace, ale také – a někdy především, na význam, který pro ně tato situace má. Jakmile situaci přiřknou nějaký význam, jejich následné chování a některé z konsekvencí tohoto chování jsou determinovány tímto připsaným významem.“ (Merton, 1967, p. 197).

Internalizované stigma má pak tendenci se negativně projevovat prostřednictvím sníženého sociálního fungování, snížené úrovně aktivity, sníženým sebevědomím a sebehodnocením či jako působením ve své odborné profesi. Stupňovat se naopak může závažnost symptomů onemocnění, mohou se častěji objevovat symptomy deprese. Celková pasivita má podíl na snížené intenci nejen k participaci na společenském životě a sociální izolaci, ale také k nižší motivaci vyhledávat odbornou pomoc (Alexová et al., 2019; Corrigan et al., 2006).

1.2.3. Stigmatizace osob s duševním onemocněním v ČR

Výzkumu stigmatizace duševního onemocnění se v České republice věnuje především Národní ústav duševního zdraví. Co se týče prevalence duševního onemocnění v České republice, dle poslední studie realizované Formánkem a kolegy (2019) bylo v České republice (N=3306) 21, 9 % jedinců, kteří zažili duševní onemocnění.

Z toho 5,5 % pro poruchy nálad, 7,3 % pro úzkosti, 10,8 % pro nadměrné užívání alkoholu, 2,9 % pro užívání psychoaktivních látek a 1,5 % pro psychotická onemocnění, přičemž tato čísla jsou v relativním souladu s Evropským průměrem (kromě úzkosti, která je v ČR nižší, a prevalence užívání alkoholu, která je naopak v ČR dvojnásobná).

V roce 2015 byla realizována studie, která za pomoci speciálních škál sledovala postoje české populace k osobám s duševním onemocněním, a to ve srovnání s Anglií. V České republice (N=1797) by 40,8 % vadilo žít s někým, kdo má duševní onemocnění, 35,8 % by vadilo mít takovou osobu za spolupracovníka, 26,4 % by nechtělo mít osobu s duševním onemocněním v sousedství a 26,4 % by osobu s duševním onemocněním nechtělo mít za přítele oproti Anglii (N=1720) kde byla tato čísla mnohonásobně nižší (Winkler et al., 2015).

1.2.4. Stigmatizace a cílové skupiny

Negativní postoje a projevy chování pak osoby s duševním onemocněním zažívají téměř ve všech oblastech svého života, tedy například v rodině, v zaměstnání, při setkání s úředníky či s policií, ale také s lékaři a zdravotními sestrami. Národní ústav duševního zdraví v roce 2017 vytyčil několik cílových skupin, s nimiž se lidé s duševním onemocněním nejčastěji dostávají do kontaktu, a u kterých se mohou setkávat s negativními postoji.

První skupinou jsou rodinní příslušníci. S těmito lidmi osoby s duševním onemocněním tráví nejvíce času a jsou v nejužším kontaktu, stejně se však mohou setkávat s nepochopením. Rodinní příslušníci například vůbec nemusí akceptovat duševní onemocnění jako nemoc a svého nemocného příbuzného mohou považovat jen za líného a neschopného. Další variantou je zatajování a překrucování pravdy před okolím, a přesvědčování nemocného příbuzného, aby se o své nemoci nikde nerozšiřoval. Někdy se mohou snažit působit na dotyčného, aby přestal brát medikaci ve snaze přesvědčit ho, že přece není

žádný šílenec. Další variantou je obviňování, že si dotyčný může za svou nemoc sám, a jeho názory a to, co do rodiny přináší je bráno jako podřadné.

Často se ale stává, že stigmatizace se z jedince s duševním onemocněním přenáší právě i na rodinné příslušníky, kteří sami pocíťují zahanbení před okolím, když například kvůli těžkostem vyplývajícím z péče o nemocného příbuzného vyhledávají odbornou pomoc.

Další skupinou jsou zdravotníci. To jsou další lidé v pořadí, se kterými přichází osoby s duševním onemocněním velmi často do kontaktu. Přijímají od nich léčbu fyzických i duševních obtíží, sází na jejich odpovědnost a odbornost, mají jejich důvěru a velmi silně na nich závisí kvalita zdravotního stavu daných jedinců.

I zde se ale často setkáváme s množstvím problémů. Zdravotníci, ač erudovaní odborníci, zvláště, pokud se nejedná přímo o odborníky na duševní zdraví, nemusí disponovat takovým množstvím znalostí o duševním onemocnění. Přeci jenom jsou to jedinci, kteří mají vystudované všeobecné lékařství, psychiatrie či psychologie může být jen malou částí v množství studia, kterou museli absolvovat, zvláště pokud se následně chtěli věnovat jiné odbornosti. Někteří tak nemusí umět rozpoznat symptomy duševních obtíží, nebo duševní onemocnění neuznávají jako nemoc.

Může také docházet k tomu, že se některé důležité tělesné příznaky pokládají za symptomy duševního onemocnění a dochází k neadekvátní léčbě, případně osobám s duševním onemocněním zdravotníci adekvátní léčbu odmítnou poskytnout, přestože na ni měly nárok, a bylo s nimi zacházeno nedůstojně, když byly v aktivním stádiu nemoci.

Nejen ve zdravotnictví, ale i v oblasti veřejné správy se lidé s duševním onemocněním mohou setkat s nepochopením, nepříjemným jednáním ze strany lidí na úřadech, slovními urážkami a znemožnění určitých aktivit pouze na základě diagnózy, a bez individuálního přístupu a bližšího přezkoumání.

Také v zaměstnání je možné narazit na předsudečné chování. Zde se mohou lidé s duševním onemocněním setkat s tím, že se s nimi kolegové přestali bavit, v některých pozicích byli dokonce šikanováni. Případně se může stát, že budou svým vedoucím přeřazeni na nižší pozici či naopak prosazováni v kontextu pozitivní diskriminace. Obtížné mohou být také pohovory, u kterých hrozí, že pokud osoby s duševním onemocněním přiznají diagnózu, tak pozici nezískají.

Posledními skupinami mohou být přátelé nebo lidé v sousedství. U přátel může docházet k tomu, že poté, co se dozví o duševním onemocnění, ukončí s dotyčným kontakt. Ten pak přichází o důležité součásti sociálního zázemí. Lidé v sousedství pak mohou dávat ostentativně najevo, že si nepřejí, aby se člověk s duševním onemocněním vyskytoval v jejich okolí, jelikož se v důsledku nedostatečných a neadekvátních informací budou cítit ohrožení (NÚDZ, 2017).

1.2.4. Intervence pro redukci stigmatizace

Způsobů, jak snižovat stigma je několik. Gronholmová s kolegy (2017) představuje tři kategorie intervencí zaměřené na redukci stigma. Prvním je edukace, tedy snaha o přesné vysvětlení příčin, symptomů a dalších věcí souvisejících s duševním onemocněním, dalším kontakt neboli využití přímého či nepřímého kontaktu s osobou se zkušeností s duševním onemocněním, a protest, tedy snaha potlačit negativní a stereotypní postoje aktivní a víceméně násilnou formou. Intervence formou edukace a formou kontaktu s člověkem s duševním onemocněním se ukázala jako nejvíce účinná.

Velmi je pak důležitá cílová skupina, na kterou je destigmatizační intervence cílena. Pro jedince, kteří se s lidmi s duševním onemocněním stýkají v běžném životě a na denní bázi, tedy například rodinné příslušníky, kterým často chybí potřebné informace o původu nemoci jako takové, jsou lepší takové intervence, které jim představí bio-psycho-sociální model nemoci, druhy a účinky medikace, a způsoby komunikace, přičemž pro takový druh školení je více než vhodné, aby byl přítomen nejen odborník na tuto situaci, ale také člověk, který má sám podobné zkušenosti, a jeho příspěvek přinese více, než jen teoretické znalosti.

Jinak tomu bude u veřejné správy, která potřebuje kromě informací o nemoci také kontakt s člověkem se zkušeností a pár tipů, jak takového člověka vlastně poznat a jak s ním komunikovat, ale také určité právní aspekty situace. Odlišná situace pak může být v případě zdravotnického personálu, který již disponuje určitými faktickými i teoretickými znalostmi a informacemi. I zde je většinou přítomen odborník, tentokrát většinou s medicinským vzděláním, a člověk se zkušeností s duševním onemocněním.

2. Systém péče o duševní zdraví v České republice

Ač se může zdát, že je tato kapitola výrazným odbočením od popisovaného tématu, opak je pravdou. V rámci představení pozice peer pracovníka je poměrně důležité představit okolnosti, které podnítily intenci tuto pracovní sílu do České republiky implementovat.

V této kapitole představím stav psychiatrické péče v České republice, respektive tu podobu, kterou bylo možné pozorovat jen před několika málo lety. Následně představím iniciativy, které se snažily a stále snaží tuto podobu postupnými kroky obrátit k lepšímu.

2.1. Historie psychiatrické péče v České republice

Höschl et al. (2012) vysvětluje, že psychiatrická péče v České republice má dlouhou historii. Začínala vznikat v období Rakouska-Uherska, největšího rozkvětu se dočkala mezi první a druhou světovou válkou, ale pak došlo k utnutí jejího rozvoje a následnému poklesu díky působení Sovětského svazu, což autoři vysvětlují tak, že „u sociálních problémů se očekávalo, že, jakožto pozůstatek kapitalistického systému samy od sebe postupně zmizí, ve stínu pokroku komunistického režimu.

Díky tomu byl psychiatrický výzkum primárně biologicky orientován, propagování duševního zdraví bylo marginalizováno a jedinci, kteří měli duševní onemocnění, byly odsunuti za zdi psychiatrických nemocnic.“ (p. 248). V této době byly sociální problémy vnímány jako odkaz kapitalistického systému, a stejně jako u komunismu se předpokládalo, že tyto problémy následně postupně samy odezní a zmizí. Díky tomu byla psychiatrická péče velmi dlouhou dobu pouze biologicky orientována, duševní onemocnění bylo výrazně stigmatizováno a osoby s psychiatrickými diagnózami byly automaticky umisťovány za zdi psychiatrických nemocnic. Po Sametové revoluci v roce 1989 začaly vznikat první iniciativy na zlepšení psychiatrické péče. Čeští odborníci začali rychle spolupracovat s odborníky ze západních zemí, univerzitami, neziskovými a mezinárodními organizacemi.

Těmto změnám ale stály v cestě časté změny v tehdejší vládě, zvláště pak ty na ministerstvu zdravotnictví. Sektor duševního zdraví byl výrazně podfinancován. Navíc se v rámci tehdejšího režimu a neoliberálního přístupu předpokládalo, že duševní problémy se, stejně jako ty ostatní, vyřeší neviditelnou rukou a fungováním volného trhu. (Höschl et al., 2012; Winkler et al. 2016a; Pěč, 2018).

První národní program na zlepšení stavu psychiatrické péče začal vznikat v roce 1992, schválen Českou psychiatrickou společností byl v roce 2000, ministerstvo zdravotnictví projekt schválilo o dva roky později, přičemž finální podoby se mu dostalo až v roce 2008 (Höschl, 2012). Co se týče reálného plánu realizace, podrobnou strategii reformy schválilo ministerstvo zdravotnictví v roce 2013. Implementace a financování, které zajistily Evropské a strukturální fondy, pak začaly v roce 2017, přičemž první výstupy, tedy změny v kvalitě psychiatrické péče, začínají být znatelné až v posledních letech.

2.2. Stav psychiatrické péče v České republice

Psychiatrické péči v České republice je nejvíce vyčítána její institucionalizovaná podoba, podfinancování a nedostatečná kapacita. Například Höschl a kolegové (2012) popisovali, že před rokem 2012 bylo v České republice 14 psychiatrů na stotisícovou populaci. Zároveň upozorňují, že je to jen o dva psychiatry více, než v roce 2002, tedy, že nedostatek pracovní síly je výrazný a dlouhodobý problém. Höschl et al. (2012) dále popisují, že v roce 2010 bylo v České republice 17 psychiatrických nemocnic s více než devíti tisíci lůžky pro dospělé a tři nemocnice s cca 260 lůžky pro děti a dospívající.

Světová zdravotnická organizace (2011) pak předložila srovnání evropských zemí v rámci průměrného počtu lůžek připadajících na jednu psychiatrickou nemocnici, ve kterém Česká republika se svými pěti sty dvěma lůžky dopadla jako nejhorší ze všech zemí. Světová zdravotnická organizace pak poukazuje i na podfinancování psychiatrické péče a upozorňuje, že v České republice bylo na psychiatrickou péči vynaloženo pouze 2,91 % z celkových výdajů na zdravotní péči. Jen pro srovnání, například v Německu, Francii či Belgii dosahovaly státní výdaje na péči o duševní zdraví téměř 12 %.

Ačkoli se pak v rámci mezinárodního srovnání může zdát, že Česká republika dosahuje vysokého počtu lůžek, a tedy i celkové kapacity pro psychiatrické pacienty, není tomu tak. Raboch a Wenigová (2012) upozorňují, že kvůli neadekvátnímu rozmístění psychiatrických nemocnic, které jsou koncentrovány především do velkých měst, existuje pro psychiatrické pacienty velká spádová oblast. Dle studie Winklera et al. (2016) jsou navíc někteří pacienti s duševními onemocněními hospitalizováni i na více než dvacet let.

V kombinaci s častou rehospitalizací pacientů je více než jasné, že psychiatrická péče se potýká také s nedostatečnou kapacitou pro pacienty s duševním onemocněním.

Winkler a kolegové (2016) pak upozorňují na absenci dokumentace a evaluace v rámci psychiatrické péče. Komplexní sběr dat zastává Ústav zdravotnických informací a statistiky. Tato data ale představují velmi obecný agregát, který nedisponuje potřebné detaily, ze kterých by se dalo vycházet, jako je například délka hospitalizace, počet propuštěných, počet rehospitalizací a podobně. Přitom tato data by mohla být významným důkazem o skutečných potřebách psychiatrické péče a mohla by napomoci adekvátnímu financování.

Jen pro shrnutí: odrazovým můstkem pro reformu psychiatrické péče byla vysoká koncentrace péče o duševní zdraví do psychiatrických nemocnic, tedy vysoká institucionalizace psychiatrické péče, malý počet psychiatrických nemocnic, a tedy velké spádové oblasti, nedostatečný počet kvalifikovaných pracovníků, nedostatečné financování, projevující se na technickém a materiálním vybavení. Tento stav ještě završovala absence lůžkové péče či národní politiky duševního zdraví, která by iniciovala potřebnou změnu (Höschl et al., Raboch, Wenigová, 2012, Pěč, 2018).

Nezapomínejme však ani na problematiku stigmatizace duševního onemocnění, která jde s problémem institucionalizace a špatného stavu psychiatrické péče ruku v ruce. Například podle Janouškové a kolegů (2017) se právě stigmatizace podílí na nízkém počtu pracovní síly.

Ačkoli je medicína velmi prestižním oborem, studiu psychiatrie se věnuje jen velmi málo studentů, a to právě kvůli nedobré pověsti duševního onemocnění a oboru psychiatrie, který se tak nejeví jako atraktivní volba budoucího pracoviště. To ještě umocňuje velmi nedobrý stav psychiatrické péče (Janoušková et al., 2017; Raboch, Wenigová, 2012).

Svou roli při stigmatizaci duševního onemocnění pak sehrává i umisťování osob s duševním onemocněním do psychiatrických nemocnic.

Podle Wiklera et al. (2016) v rámci hospitalizace dochází k určité separaci psychiatrických pacientů od zdravé populace. Ta pak nedisponuje realistickým povědomím o tom, jak vypadá psychiatrická nemocnice, péče o duševně nemocné či samotní lidé s duševním onemocněním. Psychiatrické diagnózy se potom navíc setkávají s častým zkreslením prostřednictvím filmů, seriálů či zpravodajských médií. Zde bývají častým motivem bílé, prázdné chodby, užívání elektrošoků, svěracích kazajek v čele s doktory, kteří místo léčby praktikují na svých pacientech spíš něco, co připomíná laboratorní experimenty. Psychiatrickí pacienti jsou zobrazováni jako osoby, které neovládají své fyziologické potřeby, mají v obličeji prázdný výraz pod vlivem léků, nebo se naopak například děsivě smějí, jsou agresivní a nezvladatelní. Ačkoli je možné se v některých případech s takovou podobou duševního onemocnění setkat, rozhodně to není převládající model.

Díky separaci ale dochází k tomu, že se většinová populace nikdy nesetká s reálným obrazem situace (Nawka et al., 2012, Nawková et al., 2012).

Navíc v případě reformních iniciativ, které mimo jiné spočívají ve snaze převést část péče o duševně nemocné do jejich přirozeného prostředí, dochází k nesouhlasu a odporu většinové veřejnosti, která v důsledku nedostatečného povědomí odmítá žít, bydlet či pracovat vedle osob s duševním onemocněním (Winkler, 2016). Zmíněné reformní snahy budou blíže představeny v následující kapitole.

2.3. Deinstitutionalizace

Petr Winkler v rámci své přednášky pro Ted ex (2019) vysvětluje, že by péče o duševní zdraví měla mít podobu určitého pyramidového systému. Jednotlivé stupně této pyramidy by měla tvořit sebedopéče, pomoc rodinných příslušníků, následně komunity a komunitních služeb a ambulantní péče.

Lůžková a pobytová lékařská péče tvoří samotný vrchol této pyramidy, který by měl být využit až v případě, kdy je opravdu žádoucí a kdy jde o pacienty, kteří vyžadují trvalou přítomnost lékařského personálu.

Z předchozích kapitol je zřejmé, že lůžková péče je nadužívána a že došlo k přeskočení řady úrovní v této pomyslné pyramidě. Díky Průvodci reformou psychiatrické péče (2019) se můžeme dozvědět, že cílem reformních snah je, velmi zjednodušeně, tyto stupně do systému péče o duševní zdraví doplnit. Jde o vytvoření komplexního systému služeb, který bude naplňovat potřeby pacientů psychiatrické péče. Nejde tedy o hromadné propouštění pacientů, ani rušení psychiatrických nemocnic, ale o převedení části péče o duševní zdraví do komunitní péče. V tom pomohlo vybudování Center duševního zdraví. Ty pak představují onen chybějící prvek v systému psychiatrické péče. V rámci Center duševního zdraví fungují multidisciplinární týmy, které jsou složeny z psychiatrů, psychologů, psychiatrických sester, sociálních pracovníků, a právě peer konzultantů, kteří nabízejí možnost jak ambulantní péče, tedy místo, kam mohou psychiatrické pacienti docházet, či je možné zařídit, aby v případě

zhoršeného zdravotního stavu pracovníci Centra za pacientem došli k nim domů. Existence Center duševního zdraví tedy dovoluje žít pacientům v jejich přirozeném, domácím prostředí, nedochází k jejich oddělování od většinové společnosti. Navíc tak doplňují chybějící kapacitu, kterou nedisponují psychiatrické nemocnice. V letech 2018 a 2019 tak došlo k vybudování sedmnácti takových center prostřednictvím finanční podpory Evropských fondů, za roky 2020 a 2021 pak mělo dojít k vybudování dalších třiceti.

Také v rámci samotných psychiatrických nemocnic by mělo dojít k výrazným změnám. Ty se týkají patnácti psychiatrických nemocnic, které jsou řízeny buď přímo ministerstvem zdravotnictví nebo krajem.

V rámci Strategie reformy psychiatrické péče (2013) pak má dojít nejen k přesunu psychiatrické péče do již zmíněné komunity, ale také ke změnám týkajícím se délky hospitalizace pacientů či změny týkající se zlepšení administrativy a evaluaci dat.

3. Pozice peer pracovníka

Jestliže předchozí kapitoly se snažily ilustrovat kontext, ve kterém peer pracovníci působí, nyní se dostáváme k samotné pozici. V následujících kapitolách bude vysvětlena podstata pozice peer pracovníka, její role v oblasti péče o duševní zdraví, proces jejího zavádění do služeb v České republice, stejně jako hlavní oblasti a úskalí, které tato pozice může přinášet.

3.1. O pozici peer pracovníka

Z termínu peer pracovník je na první pohled patrný anglicismus. Je tomu tak proto, že v českém jazyce nemá tento pojem dostatečně vystihující ekvivalent. Podle Foitové et al. (2014) je nejbližší „osoba stejného stavu nebo jednoduše druh“ (p.11). Obecně tím myslíme jedince, který disponuje určitým stejným charakteristickým rysem či zkušenostmi, které ho propojují s ostatními

jedinci v určité oblasti. Může to být například věk, v tom případě hovoříme o vrstevnících, ale také určitá disabilita ve zdravotní oblasti, jako je například právě duševní onemocnění. Vychází se z toho, že tento jedinec, pokud se rozhodne pomáhat ostatním, kteří mají stejnou charakteristiku, se zásadně odlišuje od odborníků, kteří pracují pouze s odbornými znalostmi, jelikož disponuje jedinečnou zkušeností a vzhledem do situace, pracuje s emocemi a prožitkem, který se s odbornými znalostmi nikdy nemůže rovnat. Díky tomu se při práci s ostatními jedinci propojuje na více lidské rovině a vzniklý vztah má rovnovážnější povahu než při práci s odborníky, kdy se počítá s tím, že odborník je klientovi nadřazen. Peer práce je tak majoritně založena na principu pomoci a na vzájemné podpoře (Mowbray et al. 1998).

3.2. Peer pracovník v oblasti péče o duševní zdraví

V oblasti péče o duševní zdraví podle Foitové et al. (2014) pak dle oblasti, ve kterých takový peer působí, rozlišujeme dvě hlavní role – peer konzultanta, který se vyskytuje v sociálních službách či v nemocničních zařízeních, kde přímo pracuje s klienty – lidmi s duševním onemocněním, kteří jsou ve výrazně horším zdravotním stavu, a peer lektora, který tolik nepracuje s klienty, ale věnuje se spíše přednášení pro odbornou či neodbornou veřejnost. Dále je pak možné setkat se také s peer výzkumníkem, které pracuje ve výzkumných ústavech či akademické sféře. Tyto role nemusí být striktně odděleny. Peer pracovník může například na půl úvazku pracovat v rámci sociální služby v přímé práci s klienty, ale může se zároveň angažovat ve strukturálních intervencích či vystupovat na přednáškách například pro neodbornou veřejnost v rámci destigmatizačních aktivit. Je nutné upozornit, že v rámci této diplomové práce se budeme zabývat pouze peer konzultanty, jelikož charakter práce peer pracovníků se může v závislosti na definované pozici svou náplní práce, a tedy i konkrétními aspekty výrazně lišit.

3.3. Zavádění peer konzultantů do péče o duševní zdraví v České republice

V této podkapitole krátce představím proces, prostřednictvím kterého byla pozice peer konzultanta postupně implementována do sociálních služeb a lékařských zařízení v rámci České republiky. Účelem této kapitoly je pak doplnit kontextuální rámec, ve kterém pozice peer konzultanta vznikla, jak dlouho se v České republice peer konzultanti pohybují a kdo je zde hlavním iniciátorem a koordinátorem, jelikož byl tento faktor poměrně často zmiňován v rámci polostrukturovaných rozhovorů s respondenty.

Pozice peer konzultanta se dostává do České republiky až kolem roku 2013. V porovnání se Spojenými státy, kde byla pomoc peer konzultantů využívána již v roce 2001, a s Holandskem, kde byla výpomoc peerů v oblasti péče o duševní zdraví zavedena v roce 2004, je tak patrné určité zpoždění (Davidson, 2007, Foitová et al, 2016, Říčan, 2016).

Hlavním iniciátorem pak bylo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. To od roku 2013 do roku 2018 realizovalo řadu implementačních projektů se sociálními službami či lékařskými zařízeními. Uchazeči o pozici peer konzultanta pak byli v drtivé většině případů klienti daných organizací nebo členové svépomocných skupin, kteří prošli výběrovými řízením a odpovídajícím školením.

Mezi lety 2013 a 2014 zorganizovala tato organizace pilotní projekt, ve kterém spolupracovala s Holandským Centrem duševního zdraví. Spolupráce spočívala v pětidenním pobytu v Holandsku, jehož se účastnili budoucí peeri a poskytovatelé sociálních služeb, při kterém měli zúčastnění možnost dozvědět se a vyzkoušet si činnosti peerů v teoreticky i v praxi.

Po tomto terénním výzkumu následovala implementace těchto peerů do deseti organizací v České republice v podobě roční placené stáže.

Všichni tito peeri však v daných organizacích setrvali i po uplynutí doby projektu a stali se tak prvními peery v České republice (Foitová, et al.). Díky této zkušenosti a ve spolupráci se zahraničními partnery pak byly vytvořeny příručky a manuály, sloužící jako návod, jak využívat služeb peer konzultantů v Českém prostředí. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví zároveň vytvořilo pětidenní kurz, v němž budoucím peerům předává základní dovednosti a schopnosti, které budou následně aplikovat v rámci jejich pozice. Ve spolupráci s dalšími sedmi českými organizacemi Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví v roce 2015 otestovalo jak funkčnost vzniklých materiálů, tak pětidenní kurz implementací dalších sedmi peerů během půlroční placené stáže. V tomto projektu přichází ve zkoumání již takové nuance, jako je míra asymetrie, míra možnosti přístupu peera do některých dokumentů a podobně. Stejně jako v předchozím případě, i zde zůstávají peeri i po skončení projektu (Paleček, Říčan, 2015).

Jestliže doposud byly pro implementaci peerů využívány především sociální služby, nyní přicházejí na řadu psychiatrické nemocnice. Během let 2015-2016 tak začíná spolupráce mezi Centrem pro rozvoj duševního zdraví a psychiatrickou nemocnicí Bohnice, která se tak stává první lékařskou institucí v ČR využívající služeb peer konzultantů. Ti zde opět setrvávají až do konce projektu (Foitová, 2016).

Mezi lety 2017-2018 je pak realizován poslední projekt, ve němž je započata spolupráce s dalšími jedenácti organizacemi, které doposud peery nevyužívaly. Spolupráce spočívá v roční placené stáži, která se opět setkává s úspěchem ze strany organizací, které shledávají přítomnost peer konzultantů jako přínosnou, a i zde peeri zůstávají i po dobu skončení projektu. (Foitová et al., 2016; Říčan, 2016).

3. 4. Náplň práce peer pracovníků

Jak již bylo řečeno, u peer pracovníků vycházíme z toho, že se jedná o experty na vlastní zkušenost. V rámci výzkumných týmů je toto přínosem a určitou nadstavbou, jelikož do odborných znalostí přináší specifickou perspektivu prožité zkušenosti s duševním onemocněním. Oproti zdravým členům pracovního kolektivu si dokáží lépe představit, co by pro lidi s duševním onemocněním mohla znamenat určitá intervence či opatření. (Peer pracovník také může vystupovat na přednáškách pro neodbornou veřejnost. To je pak velmi silným a efektivním destigmatizačním nástrojem (Repper, Carter, 2011).

V případě, kdy zdravá veřejnost chová k lidem s duševním onemocněním negativní postoje a představy, že člověk s duševním onemocněním je agresivní, nezvladatelný a nesvéprávný, může takové vystoupení člověka s psychiatrickou diagnózou a fakt, že tento jedinec vypadá tak, že splňuje společenské normy, a patrně by dotyčného ani nepadlo, že nemocný určitou diagnózu vůbec má, zásadně změnit tyto postoje směrem k realističtějšímu obrazu (Foitová et al, 2014, Jones et al, 2019).

Při práci s klienty je pak důležitých několik komponent, jako jsou: rovnocennost vztahu, větší sounáležitost díky tomu, že peer i klient mají duševní onemocnění a podobnou zkušenost, a také naděje. Ta je velmi důležitá. Peer pracovník je v podstatě živoucím důkazem, že i s duševním onemocněním se dá žít plnohodnotný život. Je tím, který si zažil podobné vzlety a pády, zažil si velmi nepříjemné období, kdy se u něj objevilo duševní onemocnění, byl hospitalizován a určitým způsobem separován od okolního světa a následně se mu podařilo se postupně s touto nemocí naučit žít a pracovat tak, aby nedošlo k opětovnému zhoršení zdravotního stavu, návratu ataky a rehospitalizaci (Mead et al., 2001, Repper, Carter 2011).

Duševní onemocnění totiž patří mezi skupinu nemocí, ze které se jedinec nemůže nikdy plně uzdravit (Mahrová et al., 2008). Díky změně životního stylu, spočívající například v dodržování spánkového režimu, pobírání správné medikace a chzení na terapie, může ale jedinec přes svou diagnózu vést plnohodnotný život, chodit do práce, mít rodinu a podobně. Peer pracovník proto svým klientům dodává naději, že když to zvládl on, zvládnou to i oni sami (Davidson et al, 2007). Pojem, který zastřešuje možnost žít plnohodnotný život i přes svou diagnózu pak nazýváme Zotavení.

3. 4. 1. Zotavení

Jak již bylo řečeno v předcházejících kapitolách, psychiatrické diagnózy patří mezi velmi komplexní skupinu diagnóz, ze které se navíc nikdy nelze zcela úplně uzdravit. Je také třeba upozornit na výše uvedené spojení „velmi komplexní“, protože v moderních přístupech v rámci léčby duševního onemocnění pracujeme s bio-psycho-socio-spirituálním pojetím, od kterého se také odvíjí způsob léčby. Ten se zásadně liší od přístupu aplikovaného v 90. letech 20. století, ve kterých se vycházelo z biologizujícího pojetí nemoci. Proč však tento přístup nemůžeme aplikovat? Pokud se budeme na duševní onemocnění dívat pouze jako na biologickou příčinu, ke které má jedinec například genetické predispozice, nejen že nám unikne řada proměnných, ale také budeme aplikovat neefektivní léčbu, to znamená podávání medikace a povětšinou také hospitalizace. V rámci biologizujícího pojetí nemoci se také setkáváme s ne zcela humánními léčebnými postupy a přístupem k pacientům. Pokud bychom vycházeli z toho, že duševní onemocnění má pouze biologickou příčinu, mohli bychom dospět k mylnému závěru, že můžeme léčebnými postupy dojít k eliminaci příznaků a úplnému uzdravení pacienta. Tak tomu ale není a duševní onemocnění je nemoc, kterou jedinec disponuje povětšinou celý život.

Respektive od dospívání, jelikož duševní onemocnění se začíná projevovat v průměru od třináctého až patnáctého roku (Mahrová et al., 2008).

Zotavení je proto koncept, jehož základem je fakt, že uzdravení se z duševního onemocnění neznamena absenci příznaků či samotné nemoci. Tady je také dobré upozornit na využívání velkého počátečního písmena ve slově „zotavení“, jelikož v tomto případě hovoříme o určitém označujícím pojmu, které je v oblasti péče o duševní zdraví, především pak v peerské práci, poměrně hojně využíván. Foitová et al. (2016) či Anthony (1993) tak rozlišují dva typy Zotavení. První je klinické zotavení, které je posuzováno dle přítomnosti či absence několika znaků, jako je absence symptomů, absence medikace, schopnost samostatného fungování v komunitě, schopnost mít a udržovat sociální vztahy, chození do zaměstnání a schopnost pracovat a absence sociálně rušivého chování.

Druhým typem Zotavení je pak osobní Zotavení. To je pak definováno jako „hluboce osobní, jedinečný proces změny přístupů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob prožívání uspokojujícího, nadějeplného a přínosného života i s omezeními způsobenými nemocí.“ (Anthony, 1993).

Mezi atributy osobního zotavení pak patří již zmíněná *naděje*, tedy víra v to, že se jedinec dostane do lepšího zdravotního stavu a naučí se duševním onemocněním pracovat, *zplnomocnění*, tedy schopnost pracovat na sobě a zvládat věci sám za sebe, samostatně, *zodpovědnost*, tedy schopnost být schopen nést důsledky svých činů a *smysluplná životní role*, tedy mít takovou roli, která není definovaná tím, že jedinec má psychiatrickou diagnózu (Foitová et al., 2016).

Je nutné podotknout, že tento termín pak není příliš využíván odborníky-lékaři, ale spíše v nepсихiatrických profesích a mezi uživatelskými hnutími. Proto je tento koncept důležitý v práci peer pracovníků.

3. 5. Kritické aspekty peerské práce

Velmi důležitým aspektem v rámci peerské práce by mělo být, jak vnímají svou práci samotní peer konzultanti. Jelikož je tato forma pomoci na poli už poměrně dlouho, je nasnadě zaměřit se na její kruciální a také potenciálně problematické oblasti.

Například v polostrukturovaných rozhovorech realizovaných Simpsonem et al. (2017) vnímají peer konzultanti jako velmi důležitou onu sebeidentifikaci s rolí peer pracovníka – tedy skutečnost, že disponují žitou zkušeností, jsou „jedním z nich“ a touto dispozicí dokáží pomáhat ostatním.

Vandewalle et al. (2017) v tomto směru dodávají, že „peer pracovníci, se díky naplňování pozice peer pracovníka mohou oprostít od své identity, která byla znehodnocena kvůli duševnímu onemocnění a směřovat ke konstruování identity pozitivní“ (p. 4). Předpokladem pro toto tvrzení je fakt, že díky duševnímu onemocnění zatím pociťovali především odsouzení a předsudky, související s tím, že se zásadně liší od zbytku společnosti, zatímco nyní se jejich diagnóza stává hlavním pracovním nástrojem a začínají se více cítit jako plnohodnotné osobnosti s určitou sebehodnotou.

Důležité je také to, aby uchazeč o práci peer pracovníka prošel nějakým pro tuto pozici určeným výcvikem či tréninkem – ten je pro peery cestou k transformaci z uživatele psychiatrické péče na skutečného peer pracovníka. Dalo by se říci, že díky němu dochází k legitimizaci na peer pracovníka. Díky výcviku mohou peři nabyt alespoň potřebné sebevědomí a základní znalosti. Zároveň pomáhá, nejen peerům, ale také jejich nejbližšímu okolí urovnat si v sobě to, co vlastně mohou očekávat od peerské práce. Další důležitou oblastí byl dobrý vztah s ostatními peer pracovníky. Ten je zásadní pro vytvoření přátelského prostředí, nabytí sebevědomí a možnost výměny zkušeností. Opomíjet v tomto smyslu však nelze ani vztah s ostatními členy pracovního kolektivu – zde peři mohli přijít do

kontaktu se spolupracovníky, kteří byli přátelští, vřelí a pomáhající, stejně jako s těmi zaměstnanci, kteří přítomnosti peera odmítali – považovali peerskou práci za něco méně hodnotného než například práci sociálního pracovníka, což vedlo k tomu, že se peer konzultanti cítili více jako outsideři, necítili se jako plnohodnotní členové týmu a jako méněcenní (Simpson et al, 2017). Mowbray et al (1998) v tomto směru dodávají, že zásadní je také to, že se peer konzultant před pracovním kolektivem nemusí tajit se svou diagnózou, ba naopak o něm může hovořit a kolegové mu v případě zhoršení zdravotního stavu vyjdou vstříc. Podle těchto autorů bylo dalším důležitým prvkem finanční ohodnocení.

I když se většinou nejednalo o zásadně vysokou částku, představoval pravidelný plat cestu k větší finanční svobodě a možnosti seberealizace. Respondenti ve studii realizované prostřednictvím polostrukturovaných kvalitativních rozhovorů pak opět zmiňovali možnost osobního růstu, zvýšení znalosti o sobě sama, iniciativy a vytrvalosti (Mowbray et al. 1998).

Co se týče negativ a rizikových oblastí peerské práce, autoři jich zmiňují hned několik. Jones et al. (2019) hovoří o nejednoznačnosti a nejasnosti pracovní náplně – podle nich je většina manuálů, vodítek a edukačních kurzů zaměřená na pomáhající profese jako celek. Činnost peerů se v některých případech překrývá s prací sociálních pracovníků, je ale třeba více rozlišit náplň práce a konkrétní činnosti, které by měl vykonávat sám peer pracovník a stanovit mezi těmito pozicemi jasné hranice. Rozdíly jsou pouze v platech, přičemž finanční ohodnocení peerů bývá znatelně nižší.

Simpson et al (2017) pak v tomto směru zmiňuje nedostatečné povědomí ohledně klíčových kompetencí, tréninku či požadavků při nabírání uchazečů o pozici peer pracovníka. Podle Mowbray et al (1998) to může dokonce vést ke sníženému sebepojetí jedince, který si přeje podávat co nejlepší pracovní výkon, ale ve finále se cítí zklamán, protože má pocit, že nedělá dost, přál by si dělat víc, ale k tomu by potřeboval určité vodítko a přesně dané hranice, kterých se mu nedostává.

Carlson et al. (2001) pak tvrdí, že hlavní kritické oblasti se vyskytují také směrem ke vztahu ke klientům. Patří sem dvojí vztah, konflikt rolí a důvěrnost. Tím je myšlen fakt, že peer tým, že není tak formální autoritou jako sociální pracovník či lékař, se může setkávat s tím, že ho klienti budou brát více jako přítele, v důsledku čehož může docházet k větší citové náklonnosti právě ze strany klientů a následně tedy i nepříjemným situacím. Může se také stát, že klient bude mít tendence svěřovat se peerovi více než jiným odborníkům, ale nemusí se chtít smířit s tím, že jeho „tajemství“ bude muset peer předat i ostatním spolupracovníkům.

Moran et al. (2013) pak zmiňuje další oblasti – pracovní prostředí, kariérní a profesní růst a jedincův zdravotní stav. Pracovní prostředí bylo rozebráno již výše, nicméně i ostatní dva body si zaslouží pozornost. Jedná se o to, že práce peera se může pro pracovníky jevit v určitých aspektech jako poměrně monotónní a pozice nenabízí jednoznačnou možnost vertikálního kariérního růstu, může být v určitém směru ubíjející a mít tak negativní vliv na jedincův zdravotní stav.

Mowbray et al. (1998) pak opět zdůrazňuje roli dostatečné podpory ze strany pracovního kolektivu, kdy může nedostatečná akceptace pozice peer konzultanta spolu s nedostatečnou podporou vést ke stresovým a jinak nepříjemným situacím. Doplňují, že zde může opět hrát roli nejednoznačnost pracovní náplně. Zároveň je v této situaci velmi důležitá připravenost pracovního týmu na přijetí peer konzultanta a následné pravidelné týmové supervize či formy poradenství. Mowbray et al. (1996) pak ještě upozorňuje na riziko nedostatečného finančního ohodnocení. To bývá způsobeno tím, že práce peera má nejčastěji podobu částečných pracovních úvazků kvůli tomu, aby pracovní vytíženost neměla negativní vliv na peerův zdravotní stav, ve finále ale může pracovníkům způsobovat problémy co do míry omezení v možnosti naplňování potřeb v každodenním životě.

Praktická část

4. Výzkumné téma a cíle výzkumu

V teoretické části práce jsem se pokusila co nejpřesněji popsat přínosy práce peer konzultantů v oblasti péče o duševní zdraví a to, jak se v rámci přímé práce s klienty liší tato pozice od odborníků, jako jsou lékaři či sociálních pracovníků. Z podkapitoly, která se věnuje procesu implementace peer konzultantů do oblasti sociálních služeb a lékařských zařízení je také patrné, že je jejich přítomnost vítaná a efektivní a setkává se s pozitivní zpětnou vazbou. V rámci rešerše zahraniční literatury jsem ovšem narazila na množství článků, které prostřednictvím kvalitativních rozhovorů s peer konzultanty poukazují na množství záležitostí v rámci peerské práce, které peerům přinášejí spíše potíže. Ty se týkaly pojetí práce peer konzultantů, tedy toho, co by měl peer v rámci organizace zastávat a co už nikoli, hranic v rámci práce s klienty, interakcí s kolegy, otázky kariérního růstu a budoucího působení peera, finančního ohodnocení a podobně. To mě velice zaujalo, jelikož v odborných článcích na naší půdě, pravděpodobně i z toho důvodu, že u nás je služeb peer konzultantů stále využíváno po relativně krátkou dobu, minimálně v porovnání s ostatními zeměmi, toto akcentováno nebylo.

Výzkumnou otázkou pro tuto diplomovou práci tedy bylo „**S jakými úskalími či negativy se mohou setkávat peer konzultanti v oblasti péče o duševní zdraví v České republice v rámci jejich působení?**“. Tuto výzkumnou otázku jsem zvolila hlavně proto, že tato diplomová práce má potenciál primárně verifikační, vycházím zde zejména ze zahraniční literatury věnující se pracovní náplni peer pracovníků a zajímá mě, zda jsou naznačená úskalí a oblasti platná i pro peery v českém prostředí.

Zároveň ale považuji za důležité nechat si v rámci svého výzkumu určitý prostor a odstup pro případ, kdyby percepce aspektů pracovní náplně peerů byla v tomto ohledu odlišná. Druhou, podřazenou výzkumnou otázkou pak bylo „**Které z těchto aspektů mohou být potenciálně problematické v rámci snahy o legislativní ukotvení pozice?**“ Na toto téma jsem narazila v rámci rešerše literatury a v rámci expertních rozhovorů a konzultací a vnímala jsem ho jako pro respondenty významné a aktuální

4.1. Výzkumný design a metoda

Pro realizaci výzkumné části práce jsem zvolila kvalitativní metodologii, konkrétně pak metodu polostrukturovaného rozhovoru. Vysvětlení kvalitativní analýzy pak nabízejí Švaříček a Šedřová – definují ji jako „hledání sémantických vztahů mezi [daty] a spojování deskriptivních kategorií do logických celků.“ (p.16) a zároveň upozorňují, že se definice liší v závislosti na typech dat a způsobu jejich analýzy. Výzkumník pak postupně zjišťuje to, jak „sami aktéři rozumějí sociálním situacím a které důvody je vedou k určitému jednání.“ (p. 19). První fází je ponoření se do sociální reality a její následné studium. Druhou fází je pak analýza a interpretace dat, přičemž subjektivita výzkumníka je v celém procesu považována za přínosnou, je s ní však třeba zacházet s jistou opatrností.

Použitou metodou sběru dat pak bude hloubkový rozhovor. Ten je definován jako „metoda, jejímž účelem je získat vyličení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsanych jevů.“ (Kvale 1996 in Švaříček, Šedřová, 2007, p. 159), konkrétněji pak bude aplikován polostrukturovaný rozhovor, ve kterém se pracuje s předem připravenými tématy a otázkami.

4.3. Popis a výběr výzkumného vzorku

Švaříček a Šedřová (2007) apelují na správný a pečlivý výběr respondentů do vzorku, kteří by měli mít „bohaté životní zkušenosti se zkoumaným jevem“ (p. 34) a jejich působnost ve výzkumu by měla být řádně vysvětlena a odůvodněna.

Polostrukturované rozhovory byly realizované s peer pracovníky, zaměstnanými v oblasti duševního zdraví. To znamená v sociálních službách, Centrech duševního zdraví, volnočasových klubech či léčebných zařízeních. Získávání respondentů pak probíhalo několika způsoby.

Jeden způsob spočíval v rešerši, především pak pražských sociálních služeb, které se orientují na oblast duševního zdraví, a oslovení zaměstnávaných peerů dle kontaktů na webu těchto služeb. Druhý způsob pak představovala metoda snowball, tedy to, že mi peeri, s nimiž jsem již rozhovor zrealizovala, poskytl kontakt na své kolegy. Párkrát se také stalo, že během více rozhovorů zaznělo určité jméno, či to, že daný člověk o určitém tématu ví více, a tak jsem si tuto osobu vyhledala a oslovila.

Kritérií pro vstup do výzkumu nebylo mnoho:

- Respondent/ka musel/a být zaměstnán/a na pozici peer konzultanta
 - o Alespoň půl roku
- Ochotný/á účastnit se výzkumu

4.4. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří deset peer konzultantů – pět mužů a pět žen ve věku

25-54 let s tím, že více informací jsem se rozhodla neuvádět z důvodu zvýšení anonymity respondentů. Ze stejného důvodu jsem v tabulce uvedené níže změnila jejich jména.

Jméno	Délka praxe	Oblast působení	Název pozice
Tobiáš	6 let	Oddělení v PN	Peer konzultant/peer terapeut
David	3 roky	Volnočasový klub u PN	Peer konzultant/peer mentor/peer lektor
Monika	3 roky	CDZ	Peer konzultant
Sabina	6 let	CDZ	Peer konzultant
Dagmar	Rok a půl	Oddělení v PN	Peer konzultant
Sebastian	Dva a půl roku	Volnočasový klub u PN	Peer konzultant
Stanislav	7 let	CDZ	Peer konzultant
Eva	7 let	Oddělení v PN	Peer konzultant
Hana	6 let	CZD	Peer konzultant
Jiří	Čtyři měsíce	Volnočasový klub v PN	Peer konzultant, peer mentor

V tabulce je možné si povšimnout, že poslední jmenovaná peer konzultantka má uvedenou dobu působení čtyři měsíce. Zde si uvědomuji, že jsem jejím zahrnutím do vzorku porušila vlastní nastavená pravidla. Jelikož jsem ale na tuto respondentku dostala doporučení od jiných respondentů s tím, že je velmi uvědomělá a má bohatý přehled, a rozhovor s ní byl skutečně přínosný a informativně nabytý, rozhodla jsem se ji i přes to do vzorku zařadit.

4.2. Popis analýzy rozhovorů

Pro analýzu rozhovorů získaných pro účely této diplomové práce byla využita technika otevřeného kódování. Tu doporučují Švaříček a Šedlová (2007) pro svou jednoduchost a zároveň účinnost a efektivní výpovědní hodnotu.

Nahrávky rozhovorů byly přepsány metodou doslovné transkripce. Text byl v rámci této metody rozdělen na jednotky, tedy věty a odstavce, kterým byly přiděleny kódy. Těmto kódům pak byly přiděleny odpovídající názvy.

Kódování jsem prováděla metodou papír-tužka. Při přidělování kódů a patřičných názvů jsem se rozhodla vycházet z poznatků získaných v rámci rešerše literatury, brala jsem ale také v potaz možnost objevení nových skutečností a souvislostí, na které bude možné narazit v rámci mých rozhovorů. Volila jsem tedy názvy dle oblastí peerské práce, které se prokázaly jako potenciálně problematické. Hlavními kategoriemi proto byla Náplň práce, Zkušenosti s kolegy, tedy pracovním týmem, Zkušenosti s klienty, Požadavky na pozici a následně také Finanční ohodnocení, Téma budoucnosti a kariérní postup a na závěr také Legislativní ukotvení. Pořadí kódů bylo zvoleno tak, aby na sebe jednotlivé kategorie určitým způsobem navazovaly – to znamená právě od Náplně práce peer konzultantů, kterou jsem považovala za nejvíce obecnou a všeobjímající, přes zkušenosti s jednotlivými aktéry, až po aspekty peerské práce, které vedou k nejvíce aktuálnímu a komplexnímu tématu, jímž je možnost legislativního uplatnění pozice. S myšlenkou na tyto kategorie pak byl vytvářen i samotný dotazník a veden samotný rozhovor s peer konzultanty. V rámci podkapitol či tučným písmenem pak byly rozvedeny dimenze vybraných kategorií a jejich jednotlivé aspekty.

4.5. Průběh projektu

Realizace terénního výzkumu probíhala s přestávkami od října 2020 do dubna 2021. V přípravné fázi jsem prostřednictvím platformy Zoom setkala s dvěma peery, které osobně znám, a provedla s nimi volný rozhovor, který měl sloužit jako konzultace, na utřídění si myšlenek a nalezení dalších důležitých oblastí. Po nich jsem sestavila osnovu pro svůj polostrukturovaný rozhovor. Následně jsem provedla rozhovory s cca pěti peer konzultanty. V této fázi však měla osnova rozhovoru větší důraz na příběh peera, na to, jak se k práci peer konzultanta vůbec dostal, jaké v něm vidí rozdíly oproti zaměstnání na volném trhu práce, a k samotným negativům a úskalím jsem se dostali až ke konci rozhovoru, tudíž jim nebyla věnována taková pozornost,

aby práce svými výsledky dokázala zodpovědět mou výzkumnou otázku. Následně tedy došlo k rekonstrukci osnovy rozhovoru – respondenty jsem poprosila, aby se krátce představili, řekli, v čem spočívá jejich náplň práce, jak dlouho v organizaci působí, a díky tomu jsme více prostoru mohli věnovat jednotlivým oblastem, u nichž jsem předpokládala, že mohou být pro peera problémové. Také je nutno říct, že jsem před začátkem detailněji vysvětlila účastníkům záměr svého výzkumu, jelikož v prvotní fázi jsem považovala tento krok za chybný v tom smyslu, že respondenty nějakým způsobem ovlivňuji. Nakonec jsem ale uznala, že v duchu jedné z mých zásad, tedy vytvořit pro peery v rámci rozhovorů co nejlepší prostředí, ve kterém se budou cítit bezpečně, připravení a budou na sto procent vědět, o co se jedná a k čemu budou jejich odpovědi sloužit, je přidání tohoto kroku vhodnou volbou. Rozhovory pak probíhaly, především kvůli probíhající pandemii Covid-19, majoritně prostřednictvím videokonferenčních platforem, to znamená Skype či Zoom. V ojedinělých případech jsem navštívila respondenty na místě jejich pracoviště. Během těchto rozhovorů pak byly dodrženy všechny hygienické podmínky nutné v kontextu dané epidemiologické situace, jako byla desinfekce, respirátory a patřičné rozestupy.

4.6. Etické aspekty výzkumu

Jelikož byli cílovou skupinou pro polostrukturované rozhovory peer konzultanti, tedy osoby s duševním onemocněním, nabízí se otázka, zda je takový výzkum zabezpečený po stránce etiky. Pravdou je, že jsem se po celou dobu výzkumu, tedy od shánění potřebných osob, domlouvání rozhovoru, jeho realizaci a průběh, až po samotný přepis analýzu dat snažila, aby měli respondenti svou rozhodovací pravomoc a mohli od rozhovoru ustoupit, či dokonce rozhodnout, že s jejich přepisem rozhovoru nebude vůbec pracováno.

Respondenti věděli, kdo jsem já, a v jakém prostředí se pohybuji, k čemu rozhovor a jejich odpovědi slouží, a že oni sami zůstanou v naprosté anonymitě. Drtivá většina komunikace před samotným rozhovorem probíhala prostřednictvím e-mailu. Zde jsem jim v úvodním e-mailu sdělila, že jsem studentka magisterského oboru Sociologie a aktuálně píšu svou diplomovou práci, stejně jako to, že se pohybuji v oblasti péče o duševní zdraví. Pokud respondenti projeví zájem o realizaci rozhovoru, byli v dalším e-mailu obeznámeni s tím, že se bude jednat o polostrukturovaný rozhovor, ze kterého bude pořízen hlasový záznam, který bude následně přepsán do písemné podoby a zpracován spolu s ostatními s tím, že hlasový záznam i jeho přepis nebude nikde šířen a účast na rozhovoru bude zcela anonymní. Zároveň jsem respondentům nabídla, že jim mohu poslat přepis rozhovoru ke kontrole s tím, že si ho mohou přečíst a pokud v něm zahlédnou něco, co by se jim nelíbilo, mají možnost mi říct, abych s jejich rozhovorem nepracovala. Respondenti měli také možnost se na rozhovor připravit – jelikož jsem měla připravenou strukturu rozhovoru, nabídla jsem respondentům, že jim tuto strukturu zašlu předem. Vycházela jsem z toho, že jsem v pozici úplně cizího člověka, který respondenty žádá o pár desítek minut jejich času, ve kterých se budeme bavit o jejich práci, k níž se ale vážou také témata, jako je finanční ohodnocení či jejich osobní příběh s duševním onemocněním, a chtěla jsem, aby se respondenti cítili jistě a bezpečně a šli na rozhovor s tím, že budou vědět, co je čeká. Vzhledem k pandemii koronaviru, kvůli které se razantně omezil osobní kontakt z důvodu rizika přenosu nemoci, se rozhovory konaly převážně přes platformu Zoom. Kvalitativní rozhovor skrze videokonferenční aplikace pak může přinášet určitá specifika. Například podle Irani (2018) dovolují videokonferenční aplikace online, synchronní konverzaci probíhající v reálném čase a mají schopnost přenášet audiovizuální informace a oproti jiným možnostem konverzace, jako je e-mail, telefon nebo přes zprávy na sociálních sítích se nejvíce podobá reálné konverzaci. Gray et al. (2020) doplňují výhody ve smyslu úspory času

jinak stráveného na cestě na rozhovor, a dostupnost, jelikož tyto aplikace se dají pohodlně nainstalovat prakticky na jakékoli zařízení. Existují ale také negativa této formy realizace rozhovoru – Irani (2018) upozorňuje na skutečnost, že fyzická vzdálenost může být problémová u více citlivých témat, kdy je žádoucí, aby byli oba aktéři v určité blízkosti, a kdy fyzická přítomnost a možnost čitelnosti neverbální části komunikace napomáhá většímu komfortu respondenta.

Tazatel je navíc ochuzen o vstoupení do přirozeného prostředí respondenta, které by jinak bylo schopno poskytnout další užitečné informace a lepší a přesnější kontext, ve kterém je respondent situován. Tazatel nemůže obsáhnout a pochopit ani řeč těla a neverbální část komunikace respondenta, která jinak hraje ve výpovědi respondenta důležitou roli. Posledním faktorem jsou potíže spojené s technickou zdatností zúčastněných aktérů, připojením a rychlostí přenosu dat či kvalitou technického vybavení respondentů, jako je mikrofon, sluchátka či výkonný počítač, které ovlivňují kvalitu zvuku a obrazu.

Co se týče pozitiv online formy rozhovoru, myslím, že plusem určitě byl větší komfort pro respondenty. Díky rozhovoru vedenému tímto způsobem byla možná větší anonymita, účastníci mohli mít vypnuté kamery a jejich identita zůstala i pro mne samotnou skryta. To mohlo napomoci většímu komfortu a pocitu bezpečí u respondentů.

Poslední věc, kterou bych v tomto ohledu zmínila, byl fakt, že jsem respondentům také řekla i napsala, že pokud by pro ně nějaká otázka byla moc citlivá či osobní, nemusí na ni odpovídat. To se týkalo například osobních příběhů a duševního onemocnění, do kterých jsem více nezabíhala, neptala jsem se na diagnózu, pokud ji respondenti sami nezmínili a ani na výši vzdělání, když se o ní respondenti okrajově zmínili, ale viděla jsem na nich, že jde u nich o citlivé

téma. Stejně tak to platilo pro otázku na finanční ohodnocení, na které jsem se ptala v souvislosti s úskalími, které tato práce může přinášet.

5. Výsledky analýzy dat

5.1. Náplň práce peer konzultantů

Náplň práce je velmi důležitým, a troufám si říci i všeobíhajícím prvkem peerské práce. Ovlivňuje motivace peera se o zaměstnání vůbec ucházet; to, jestli se na daném místě udrží; úroveň jeho komunikace a spolupráce s kolegy a koneckonců i s klienty; týká se míry jeho finančního ohodnocení a je jedním z klíčových aspektu důležitých pro efektivní legislativní ukotvení pozice peer konzultanta. Souvisí proto se všemi dalšími následujícími kategoriemi, dalo by se ale říci, že stojí i sama o sobě. Jelikož jsem vycházela z toho, že pracovní náplň je pestrá a že takový hlavní předpoklad je, že se nedá zcela standardizovat nebo specializovat v závislosti na jednotlivých odděleních, bavila jsem se s respondenty o peerské práci jak obecně, tak o jednotlivých činnostech.

5.1.1. *Vykonávané činnosti*

Obecně se dá říci, že do peerské práce spadá všechno, co obsahuje přímá práce s klientem. Jeden z respondentů pak vysvětlil, že peer konzultant zastává „víceméně cokoliv, co náš klient může požadovat“. Z odpovědí respondentů jsem pak vytvořila tři hlavní kategorie – **volnočasové aktivity, podpora a doprovod a komunikace**, přičemž poslední jmenovaná kategorie je pravděpodobně nejobsáhlejší. Zároveň se však peeri mohou věnovat i činnostem směřujícím k chodu organizace, či mohou participovat na strukturálních intervencích, ať už ve spolupráci s institucemi či samostatně. Tuto skupinu aktivit jsem nazvala **organizační činnosti**.

5.1.2. Volnočasové aktivity

Co se týče první kategorie, respondenti uváděli, že v organizacích často vedou nebo asistují při vedení aktivit, jakými jsou jazykové lekce nebo sportovní aktivity. Chodí s klienty do divadel, na bowling, výlety a podobně. Ve volnočasových klubech pak peeri mohou asistovat klientům tím způsobem, že v danou hodinu mohou klienti do klubu přicházet, věnovat se četbě, hraní společenských her či používání počítače, přičemž peer je člověk, který s klienty může hrát karty, povídat si s klientem o obsahu knihy, radit klientovi, jak například udělat klávesovou zkratku či najít danou věc na internetu. Podle respondentů je právě toto poměrně náročné, protože v některých okamžicích musí být na více místech najednou, přebíhat, věnovat se klientům takovou měrou, aby si žádný z klientů nepřipadal zapomenutý a méněcenný a zároveň respektovat jejich možnosti a schopnosti.

5.1.3. Kontrola a doprovod

Další činností, kterou peer konzultant může vykonávat, je být oporou při vyřizování klientových záležitostí. To znamená doprovod na úřad, do práce či na nákup, v psychiatrických nemocnicích pak na vycházky po areálu. Peer konzultant také může navštěvovat klienty v hospitalizaci v psychiatrických nemocnicích, povídat si s nimi, kontrolovat jejich zdravotní stav a podporovat je v následné péči po propuštění z nemocnice.

5.1.4. Komunikace

Poslední kategorie by si zasloužila pojmenovat i konzultace, nicméně její pole působnosti je tak široké, že se nedá označit jednoznačným termínem.

Tato činnost pak může spočívat v tom, že se peer může s klienty bavit o tom, jak jim vyhovuje či nevyhovuje medikace a jak zvládají její vedlejší účinky, jak zvládali sociální reintegraci například ve formě doporučení navazujících

sociálních služeb a podobně. S tím, že velmi důležitým pravidlem je, že peer by neměl radit a doporučovat léčebné postupy. Jelikož není lékař ani odborný sociální pracovník, nemá kompetence na to, aby s klientem komunikoval intervence tohoto charakteru. Rozdíl mezi peerem a odborníky však bude rozebrán v následující podkapitole. Co je důležité dodat-peeři s klienty nerealizují jenom konzultace, ale mohou si jen povídat a řešit každodenní záležitosti. Je důležité být klientovi na blízku, být mu oporou v situaci, kdy na něj například nemocniční personál nemá čas, a povídat si s klientem o tom, na co má zrovna náladu. Celý tento kontakt pak opět vyplývá z myšlenky hlubšího spojení způsobené tím, že klient i peer disponují podobnými životními zkušenostmi, ze kterých vzniká vzájemné porozumění.

David, (3 roky praxe, volnočasový klub u PN): *„Ono s každým klientem je to trošku jiný. Jako, ten základ je, že můžeme dávat nějakou naději, že může být líp a žít tou nadějí a být jako autentickéj jako člověk, ktorej se dokázal zotavit a dostat z toho nejhoršího, tak ta naděje mi přijde nejdůležitější. Pak mít tu schopnost využít tý síly toho vlastního příběhu, aby to byl schopnej nějak komunikovat tomu klientovi, aby to bylo nějak užitečný pro jeho proces a pro jeho žití a pro jeho budoucnost.“*

Důležitým prvkem je pak motivace, ať už vyřčená či nevyřčená. A to v tom smyslu, že peer je člověk, který si některými náročnými životními okamžiky prošel a dokázal je překonat. Může tedy klientovi buď říkat, že tyto činnosti zvládne a představovat mu svoji cestu nebo působit pouze jako vzor.

Hana (6 let praxe, CDZ): *„Ten člověk přijde a ´tadyto jsem nezvlád, a máma mi zase vynadala´ takže to, co ten člověk potřebuje a co uvěří tomu peerovi, že něco podobného prožil, je vopravdu ta důvěra a to zrcadlo „hele, tys to zvládla, já to zvládnú taky.“*

Zde je také důležité zmínit, že tento vztah může fungovat recipročně. Tedy, že i peer se může, na základě komunikace s klientem leccos přiučit, ať už co se týče toho, že peerovi zvyšuje sebedůvěru fakt, že pomáhá někomu jinému nebo tím, že navzájem sdílí nějaké svoje copingové strategie.

Dagmar (rok a půl praxe, oddělení PN): *„Já to беру tak, že si pomáháme vzájemně, že to беру úplně na stejno, že já pomáhám pacientkám a oni pomáhají mě.“*

Sabina (6 let praxe, CZD) *„Což mě vlastně vede k tomu, že jsem za tu pozici strašně ráda, protože je to i takový... je to vlastně taková moje součást mého zotavení i toho klinického, že vlastně jsem se začala cítit líp, že to byla taková moje pracovní rehabilitace.“*

5.1.5. Rozdíl mezi peerem a odborníkem

Peer je důležitým prvkem, doplňkem a mezičlánkem mezi odborníky na duševní zdraví. Jak již bylo řečeno, peer by ho však neměl nahrazovat, ani se do této pozice stavět. Proto klienta spíše podporuje, sděluje mu své zkušenosti, a to, jak si poradil nebo zvládal podobné životní zkušenosti. Zároveň je důležitým prvkem v multidisciplinárním týmu, jelikož se mu klient může svěřovat s věcmi, se kterými by se nesvěřil odborníkům, z důvodu nedostatečné důvěry, přičemž tato informace může být nápomocná nebo dokonce zásadní pro plánování další péče.

Hana (6 let praxe, CDZ): *„[...] pak tam chodí sociální pracovník, když je něco potřeba a pak tam chodím já, vlastně s trošku jinou komunikací. Já vím, že se ho nebudu ptát „berete prášky, neberete prášky, že se spíš bavíme, jakéj to má vliv a jakéj to má účinek na mě.“*

5.1.6. Ostatní aktivity

Kromě přímé práce s klienty mohou peer konzultanti vykonávat řadu dalších aktivit. Může se jednat o organizační a řídicí činnosti spočívající v častější komunikaci s vedením organizace. Například v nemocničních zařízeních to znamená lektorování personálu či služebně mladších peerů v rámci metodiky

práce s pacienty či vyvíjení vlastních iniciativ při práci s pacienty. Mimo organizaci se pak pečeři mohou sdružovat v organizacích, či institucích, které se realizují ve strukturálních intervencích jako je Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví či jako jsou aktivity Národního ústavu duševního zdraví-to znamená v projektech na snížení stigmatizaci duševního onemocnění nebo projektech na zlepšení stavu péče o duševní zdraví.

Monika (3 roky praxe, CDZ): *„vlastně kromě tý Destigmatizace pracuju vlastně ještě v projektu Deinstitutionalizace, takže jsem vlastně na víc židlích, co se týče psychiatrický reformy, takže u nás CDZ dělám čistě jako peerskou práci, pak v těch dvou projektech dělám jako jiný věci.“*

V řadách respondentů jsem pak měla například jedince, kteří tvoří akční skupinu, která se snaží o analýzu podmínek, za jakých funguje peerská pozice v zahraničí, přičemž tyto aktivity, mohou napomoci k efektivnějším úpravám této pozice.

Sabina (6 let praxe, CDZ): *„[...] občas se účastním různých akcí i projektů jako Destigmace nebo Deinstitutionalizace a různých jako, vím, že jsem chodila na různé setkání uživatelů, a tak a je to trošičku jako nahodilý, není to, že bych se něčemu věnovala soustavně a vlastně až na tu pracovní skupinu teď v tom Ministerstvu zdravotnictví, a mimo vlastně tu práci toho peer konzultanta, taky jsem třeba lektorovala kurz o peerech.“*

5.1.7. Úskalí rozmanitosti peerské práce

V rámci svého rozhovoru o tomto tématu jsem vycházela z toho, že rozmanitost práce peer konzultanta může přinášet zmatení. Ačkoli jsem se v předešlé podkapitole pokusila činnosti určitým způsobem oddělit, je pravidlem, že peer dělá během dne více různorodých činností s tím, že hranice mezi působením peera a sociálního pracovníka je poměrně málo znatelná o to víc pak v případě, kdy má peer kurz Pracovníka v sociálních službách. Ani sám peer pak nemusí

vědět, kde jsou hranice toho, co by měl dělat, a co už ne, o čem by se měl či neměl s klienty bavit.

Z rozhovorů vyplynulo, že právě ona pestrost a fakt, že mají volnou ruku, je to, co peer konzultanty baví a co jim vyhovuje. Přes to ale přiznávali, že nevymezenost pozice má svá úskalí.

Tím hlavním úskalím je pak **neznalost pozice**. Ta se může týkat uchazečů o peerskou pozici či nově nastupujících peerů.

David (3 roky praxe, Volnočasový klub u PN): *„Dost to jako ztěžuje těm novějším peerům, že přijdete do zaměstnání, nikdo vám neřekne, co máte dělat a vy to máte dělat, že jo a pak vám vynadají, že nic neděláte, protože vy ale nevíte, co máte dělat.“*

V tomto ohledu je důležitá role týmu, která by měla peer konzultantovi vysvětlit, v čem práce peera spočívá a jaké mohou být pro něj určené činnosti.

Tobiáš (6 let praxe, oddělení PN): *„Horší je, když jen tým jakoby, když je tam jen jeden peer, že tam není nikdo, kdo by ho zaškolil nebo tak a musí to pak externě řešit s jinou organizací nebo na supervizi s dalšíma peerama, nebo na kurzech tak je dost pitomý, protože se musí prostě dohodnout, protože jinak mu to nikdo nevysvětlí. To je prostě na tom týmu.“*

Stává se, že kolegové peerovi dají jen obecné instrukce a volnou ruku s tím, že volba práce závisí na peerovi. To ale nemusí vyhovovat každému. Respondenti uznávají, že na jednu stranu je činnost práce peer konzultantů poměrně individuální, na druhou stranu mohou nejasné instrukce vytvořit stresující prostředí.

Jak už bylo řečeno, rozmanitost peerské práce je pro v práci již více zaběhlé peer konzultanty převážně bezproblémová a v podstatě vítaná. To ale může být problematické v situaci, kdy nejsou ostatní členové týmu na peera dostatečně připraveni – tedy, že například nebudou vědět, kam nového člena zařadit a jakou

práci mu uložit. K tomu může být větší sklon v oblasti psychiatrických nemocnic, kde je silnější důraz na hierarchii, pevný harmonogram a rozdělení rolí.

Eva (7 let praxe, oddělení PN): *„Protože tam je fakt hierarchie, kdy si každý hlídá a každý je zodpovědný přesně za to, za co je on zodpovědný. A ten peer se tomu vymyká, protože já mám čas na ty lidi, oni nemají tolik času, že, oni mají ty svoje hierarchické povinnosti, a potom, já jsem taková všeobíhající. Kdežto oni mají přesně vymezený, co můžou, co nemůžou.“*

To může způsobovat konflikty, tlak na to, aby se peer uměl v pracovním prostředí prosadit a svou pozici si obhájit. Často se pak stává, že se tato situace opakuje vícekrát, a to v případě, že peer přestupuje na oddělení, kde s touto pozicí nemají žádné zkušenosti. Potenciál ke konfliktům a odmítavému prostředí tak vzniká nanovo. Zkušenostem s kolegy jsem se však věnovala více v následující kapitole.

5.2. Zkušenosti s kolegy a pracovním týmem

5.2.1. Podstata dobře nastavené spolupráce

Dobrá spolupráce peera s kolegy v týmu je zásadní a velmi důležitá. Podle Foltové et al. (2014) je zásadní věnovat dostatek času a pozornosti na přípravu týmu, zajištění toho, aby měli všichni členové týmu dostatek informací o peerské práci, zajištění materiálně-technického zázemí a fungování interních týmových procesů.

To, jak důležitá je správně nastavená kooperace také dobře ilustruje výpověď jednoho z respondentů:

David (3 roky praxe, volnočasový klub u PN): *„[...] že vlastně hodně je to o tom, jak je nastavený ten tým a jak jsou nastavený ty intervence podpůrný, který on může vyhledat nebo je třeba má k dispozici. [...] Protože když je ten peer třeba nově na oddělení, a třeba tam v životě neměli zkušenost s nějakým peerem, a ví jen, že je to jen nějaký*

bejvalej pacient, tak jako někdy některý z nich na to nekoukaj úplně dobře. Nebo na to koukaj dobře, chtěj jako pomoci, ale neví jak, protože je taky nikdo nenaučil, jak třeba na toho peera nebo ho nikdo nenaučil, co přesně je ta jeho role a ten peer si to pak musí obhajovat sám a vysvětlovat to.“

Jelikož náplň práce v peerské pozici nemá žádný přesně určený rozsah nebo přesně doporučené činnosti a práce každého peera je poměrně individuální, může docházet k tomu, že se nedostatečné porozumění náplni práce odrazí na spolupráci s kolegy. To může vést k pochybám ohledně schopností a dovedností peera či v míře vložené důvěry, odpovědnosti a samostatnosti peera v jednotlivých aspektech práce s klienty. To vše je důležité nejen pro dobu zapracování peera, ale také po celou dobu jeho působení. Rozhodování týkající se přidělení pracovních činností peerovi pak může být pro tým nelehkým úkolem, při kterém je třeba brát v potaz individuální nastavení peera:

Tobiáš (6 let praxe, oddělení PN) „[...] že někdy jako ten kolektiv nebo ty pracovníci si neuvědomují, nebo jim to nepřijde jako důležitý, někoho k vám jako přizvat. A že se to furt vlastně učej. Že se to učej jak s váma zacházet a jak moc jim dávat nějaký jako práce.“

5.2.2. Atmosféra v sociálních službách

Respondenti pak hodnotili spolupráci s kolegy v pracovním týmu veskrze pozitivně. Jmenovali aspekty jako dobrá, tedy **ideálně přátelská a podpůrná atmosféra**; dobře nastavená **komunikace**; možnost se od kolegů něco **učit** a vnímaná **důvěra v samostatnost** peera. Důležitými prvky pak byly také **pravidelné porady, konzultace a supervize**, na kterých bylo možné řešit problematické situace.

Stanislav (7 let praxe, CDZ): „Já mám zkušenost dobrou. Ze začátku to bylo těžší, ale tak, jak je to teď, je to fakt dobrý, navzájem si rozumíme, na tom pracovišti je fakt super atmosféra a tak, vyjdeme si vstříc, vyjdeme si vstříc i co se týče těch pracovních věcí, takže myslím si, že jo, že dobrý. Samozřejmě, ne vždycky to bylo úplně růžový, to asi ne, ale na druhou stranu jinak teď to jako funguje velmi dobře. Já si jako nějakou svojí pozici jsem si našel a vlastně ty ostatní kolegové to nějak respektují a je to jako...dobrý.“

5.2.3. Atmosféra v psychiatrických nemocnicích

Poměrně zajímavé poznatky pak přineslo dotazování peerů pracujících na odděleních psychiatrických nemocnic. Jejich obecné hodnocení spolupráce bylo také pozitivní, zmiňovali však také **větší neznalost** peerské práce, důležitost ostřejších loktů a **nutnosti svou pozici více obhajovat**.

Tazatelka: „Vy jste zmiňoval, že tady nevěděli, co s váma dělat, v rámci toho personálu“

Tobiáš (6 let praxe, oddělení PN): „No, ne co se mnou dělat, ale spíš, co čekat nebo kdo mě má na starost nebo v tomhleto duchu. Nebo vlastně ani nevěděli, kdo to ten peer terapeut je, paradoxně jo, co tady vlastně chce dělat, jo.“

Co zmiňovali všichni respondenti, **byla větší přítomnost hierarchie** v nemocničním prostředí, na kterou se vázalo pečlivé rozdělení kompetencí, do kterého peer, jakožto pozice s velmi pestrou a fluidní náplní práce, úplně nezapadá. Na rozdíl od sociálních služeb pak peeri častěji naráželi na neznalost pracovního kolektivu, díky čemuž vlastně na každém oddělení začínají znovu a znovu. Opět se zde objevuje to, jak je důležitá určitá forma podpory, ať už v podobě týmových supervizí nebo od služebně starších peerů.

Tobiáš(6 let praxe, oddělení PN): „Co si budem povídat, zvlášť, když třeba to povědomí na začátku nebylo úplně dobrý, že nějak oddělení to bralo tak, že přibyl nám sem vlastní pacient, my se o něj budem starat a on nám do toho ještě bude kecat nebo...vždycky to je tak, že si tu pozici tady musíme vybojovat.“

Musíme se prosadit, musíme posvětit svoje kvality, prokázat, že něco umíme a že lidi nám důvěřují, když tady budu sám sedět s pacientem, že z toho nebude průser, jo, takže pak se může stát, a stává se, že prostě ten peer terapeut skončí, protože to nedává a ten tým je nespokojený nebo prostě už si šáhnul na to svoje dno i na rezervy a on už prostě mu to nestojí, aby sám skončil na hospitalizaci [...]"

Tazatelka: *„A vy to vnímáte tak, že je to v pohodě, že si to ten peer musí nějakým způsobem vydobýt?“*

Tobiáš: *„To víte, že ne, když jsem tady začínal v tom roce 2015, tak jako to bylo velice těžký, i když už je to lepší, že jsou supervize, že ta Světlana je tady, projektantka z CRPDZ, už je třeba na koho se obracet, jo, že dřív to byl problém tom, že třeba tom roce 2015 jsme sem přišli a vlastně nikdo nevěděl správně kam patříme, co děláme, jestli máme nadřízeného vedoucího lékaře nebo vrchní sestru nebo staniční sestru, prostě maglajz, nebylo to zavedený.“*

Zároveň je zde ale nutné si uvědomit **rozdíly mezi charakterem péče v oblasti sociálních služeb**. Zatímco tam peer pracuje s klienty ve stabilizovaném stavu, v psychiatrických nemocnicích se dostávají do kontaktu s dekompenzovanými pacienty, které z daleko větší části ovlivňuje akutní zdravotní stav. I proto se v tomto prostředí více dbá na formální vztah a menší důvěru v peer konzultanty.

Tazatelka: *„To mě napadá, že v té nemocnici musí mít ten peer vlastně dost hroší kůži, že se musíte pořád dost obhajovat.“*

Dagmar (rok a půl praxe, oddělení PN): *„Oni tady zas tak strašný nebyli, nechci to zobecňovat nebo generalizovat, ale je to tak, že lůžková péče a komunitní péče je dost diametrální rozdíl, tady jsou opravdu pacienti ve vážném stavu a je to o dost psychicky náročnější, je to větší stres a ty komunity, to jsou sociální pracovníci, tak se nic moc neděje, tam je to o volnočasovkách.“*

Co se týče přímé spolupráce s personálem, dotazovaní peeri se shodli na tom, že větší problém nastává v rámci **komunikace s nižším personálem**, tedy sanitáři, sestrami. Obecně pak peeri vnímají to, že jsou jejich aktivity více bagatelizovány, setkávají se s menším respektem, akceptací a přijetím.

Dagmar: „*ten nižší personál, tam je to někdy problematický, třeba když oni berou ty moje konzultace s nima, jako že to není úplně nutný třeba a dělá to teda jen někdo z těch sester nebo sanitářek, a někdy mi přijde, že to tak jako zlehčují, protože třeba doporučují ty činnostní terapie před tím rozhovorem, takže řeknou pacientce „Běžte na centrální terapie prostě a s paní peerkou si promluvíte potom, přitom já jsem s nima měla domluvenou schůzku. Ale jinak, co se týče doktorů, tak skvělý, jako i co se týká primáře, teď se tam dokonce změnil primář a přišli dva noví doktoři a odešly dvě doktorky, s těma jsem tam měla skvělej vztah, i jsem si s nima tykala, bylo to pěkný, přátelský prostředí, [...]*“

Z výpovědí peerů pracujících v psychiatrických nemocnicích však bylo možné vnímat smíření s tím, jak je spolupráce s nemocničním týmem nastavená. Jako by to bylo něco, s čím při vstupu do pracovního poměru vlastně počítali, a nyní to více formální prostředí vnímají jako normu.

Tobiáš (6 let praxe, oddělení PN): „*ale já jsem to chtěl vopravdu zkusit, ale bral jsem to tak, že ok, mám to tady poznat, mám se tady ukázat, mám sem něco přinýst...*“

Zásadním přínosem této kapitoly je získání povědomí o rozdílu, jakým jsou přijímání a vnímání peer konzultanti v rámci sociálních služeb a v rámci psychiatrických nemocnic. Určitým plusem je pak v podstatě bezproblémová spolupráce a komunikace v oblasti sociálních služeb, kde bývají povětšinou těžší jen prvotní momenty a seznamování se v rámci týmu, ale tak tomu pravděpodobně bývá i na jiných pracovištích. Negativem je pak zajisté to, že v oblasti psychiatrických nemocnic se peer konzultanti, ač jsou objektivním přínosem, setkávají s chladnějším přijetím, narážení na neznalost ze strany

zdravotnického personálu (i přes to, že tato pozice působí v České republice přes sedm let) a nutnost své působení neustále obhajovat. A to je něco, co by si jistě zasloužilo změnu.

5.3. Zkušenosti s klienty

Pomáhající vztah mezi peerem a pacientem/klientem (v závislosti na tom, zda se jedná o oblast psychiatrických nemocnic, nebo sociálních služeb) vyplývá především z toho, že obě strany mají duševní onemocnění, zkušenost s hospitalizací, stigmatizací, užíváním léků a dalšími s touto oblastí souvisejícími aspekty.

U této kategorie jsem se ptala především na **obecné hodnocení**, které mohlo být **pozitivní či negativní**. Spolu s tím přirozeně vyplynulo téma **nutnosti udržování hranic**. S tím souvisely i **jednotlivé zkušenosti práce s klienty**, pak také téma **sdílení klientových informací v rámci týmu a práce s klienty s jinou diagnózou**

5.3.1. Obecné hodnocení

Všichni dotázaní respondenti již v prvních větách sdělili, že jejich zkušenosti s prací s klienty jsou veskrze pozitivní. Spolupráci hodnotili jako bezproblémovou, oboustranně výhodnou a naplňující. V případě více problematických situací navíc respondenti zmiňovali, že mají jako podporu supervize, pracovní tým a týmové porady, na kterých tyto situace mohou komunikovat a probírat s nimi řešení.

5.3.2. Udržování profesionálních hranic

Faktor sdílené zkušenosti a to, že peer je stále trochu něco jiného než sociální pracovník či lékař, ale může znamenat, že klient/pacient začne považovat peer konzultanta více za přítele než za pomáhajícího profesionála. Objevuje se zde

téma udržení hranic. To respondenti obecně sami vnímali jako důležité téma a něco, na co si dávají pozor a na co je třeba dávat si pozor. Také brali na vědomí fakt, že je velmi důležité to, jak si míru otevřenosti s v rámci spolupráce s klientem nastaví, co všechno klientovi sdělují a jak moc si ho pustí k tělu.

K tomu patří například volba, zda si s klientem budou tykat, nebo vykat, zda si vymění kontakty, a do jaké míry a zda budou s klientem komunikovat nad rámec stanoveného času.

Stanislav (7 let praxe, CDZ): *„Ono podle mě to je v sociálních službách tady jakoby obecně, že je nutný si nastavovat nějaký hranice. Já myslím, že jakoby, člověk by neměl jít nějak jakoby, neměl by jít do něčeho, co mu vopravdu jako nesedí. Takže i v tom využívání té osobní zkušenosti, neříkám, že by člověk měl být opatrnější, ale měl by si vždycky jako rozmyslet, co je v ten moment jako vhodný využít.“*

Sabina (6 let praxe, CDZ): *„Já jsem na tohle vždycky pohlížela tak, že pokud se peer dokáže uhlídat tak, že je mu to komfortní, tak asi tam problém není. Ale podle mě všeobecně, já třeba doporučuju opravdu na sebe nějak jako osobnější kontakt nedávat, a v té spolupráci vykat, protože nejenom ochránit sebe a svůj soukromí, ale myslím si, že pak pro toho klienta je strašně nečitelný, jaká tak spolupráce jako teda je, protože jakmile si vyměníme kontakty, tak už jsme v podstatě přátelé a kamarádi, a to už je přece jenom takový intimnější vztah a nemá to s tím profesionálnějším vztahem, nějakou spoluprací nic společného.“*

5.3.3. Jednotlivé zkušenosti s prací s klienty

S respondenty jsem se tedy bavila o tom, jak riziko větší náklonnosti ze strany klientů vnímají, a zda s ním mají nějaké osobní zkušenosti. Jako ilustrační příklad jsem používala situaci, kdy chce klient peera sledovat na sociálních sítích nebo ho chce jiným způsobem osobně kontaktovat, případně situaci, kdy klient opačného pohlaví peerovi projevuje náklonnost přesahující pomáhající vztah.

Respondenti se však s takovým zážitkem setkávali spíše výjimečně. Většinou to byl jeden takový klient za celou dobu jejich působení, který se do peer konzultantů zamiloval, začal jim tykat, oslovovat je na ulici mimo pracovní dobu a podobně. Zároveň je třeba říct, že většinou šlo o jednu ze jmenovaných situací, nikde ne všechny najednou.

Navíc velmi často stačilo klientům vysvětlit, že takové chování je problematické, jde čistě o pracovní vztah a většinou se ze strany klientů setkali s pochopením.

Hana (6 let praxe, CDZ): *„Ted' se mi stalo s jedním klientem, se kterým si teda vykám, že měl pocit, že mi může volat kdykoli, na rozdíl od ostatních sociálních pracovníků, který mají jasně danou pracovní dobu, tak mi zkoušel volat i o víkendu, kdy my nepracujeme, tak jsem mu řekla, že by překračoval hranice a zdálo se to pro něj trochu nepochopitelný.“*

Tazatelka: *„A jak jste to vyřešila?“*

Hana: *„Řekla jsem mu, že takhle pracujeme, že ted' jsem peer a on je klient, a že mu můžu předat letáček, kterej vyrobila moje pracovní konzultantka, na kterým jsou všechny SOS linky, kam může zavolat, když mu není dobře, a jaká je naše pracovní doba. A to už pochopil.“*

5.3.4. Sdílení klientových informací s kolegy

Z pomáhajícího vztahu vzniklého na základě stejné či podobné zkušenosti pak vyplývá větší důvěra ze strany klienta. Respondenti sami uváděli, že k nim klienti pociťují větší důvěru než například ostatním spolupracovníkům, tedy psychologům, sociálním pracovníkům či terapeutům a díky tomu se jim snáze svěří s informacemi, které jsou pak důležité pro to, aby jejich zdravotní stav zůstal stabilizovaný. Proto jsem se respondentů ptala na to, jak vnímají nutnost podělit se o tyto informace se zbytkem týmu, a zda se již u klientů v tomto ohledu setkali s nevolí. Vycházela jsem z toho, že faktor sdílené informace má potenciál

určitým způsobem narušit důvěru a jinak bezproblémový vztah mezi klientem a peer konzultantem.

Hodnotila jsem tedy, jaké jsou peerovy zkušenosti s reakcí klientů na sdílení informací a to, jak to vnímá sám peer.

Ode všech respondentů však zaznělo, že se s žádnou negativní reakcí související se sdílením informací ze strany klientů nesetkali. Již na začátku spolupráce klienta informují o tom, že to, co peer konzultantovi sdělí, může být sdíleno se zbytkem týmu, a pravidelně je to peerem klientovi připomínáno.

Sabina (6 let praxe, CDZ): *„Všichni jsou opravdu informováni o tom, že fungujeme jako tým. Myslím, si, že i včetně těch spolupracovníků, těch kolegů, my si děláme srandu, že jsme takoví srdcaři, že prostě jako opravdu v té práci dělají, co můžou, a snaží si získat důvěru toho klienta.*

Hana (6 let praxe, CDZ): *Samozřejmě se může stát, že ten klient se rozpovídá víc mě, ale často se stává, že chodíme ve dvou na schůzky, vlastně většinou a nemám tu zkušenost, že by ten klient nějak to nepochopil, že by ta zkušenost byla verbalizovaná v týmu.“*

Zároveň respondenti uváděli, že záleží na tom, jaký je charakter sdělované informace – ve většině případů je peer schopen zachovat důvěrnost. Informaci sdílí, jen pokud může mít vliv na klientům zdravotní stav.

Sabina (6 let praxe, CDZ): *„Ale je to vždycky na mě, jak to vyhodnotím, takže já se třeba vždycky soustředím na to, že když ten klient řekne „odstěhoval jsem se, už nebydlím v Praze, ale nikomuto neříkejte“ tak to je prostě důležitá informace, protože pak ten klient musí navázat na nějakou jinou službu a pak to bude těžší mu pomáhat, když bude jinde než u nás. Takže tyhle informace předávám dál a snažím se, aby ten klient ty informace prostě věděl nebo si to uvědomoval.“*

Ačkoli se tato oblast spolupráce může jevit jako potenciálně problematická, dle výpovědí respondentů úskalí neskýtá.

5.3.6. Spolupráce s klienty s jinými diagnózami

Dalším tématem, které vyplynulo v rámci rozhovoru, byla spolupráce s klienty s jinými diagnózami. Někteří respondenti se svěřili, že se obávají situace, kdy jim do organizace přijde klient, který bude mít diagnózu, se kterou nebude mít peer dostatečnou zkušenost. Díky tomu se nepovede navázat dostatečně efektivní pomáhající vztah a peerovy snahy nebudou klientovi nápomocné. Většina respondentů se ale shodla, že důležitější, než teoretická znalost diagnóz je to, zda si s klientem sednou na **osobnostní rovině**.

David (3 roky, volnočasový klub u PN): *„já mám problém dynamickejma klientama jako hodně, co jsou hodně hlasitý, a kladou otázky a furt něco, a jsou hodně dynamický a expresivní, a protože já, když jsem v roli toho peera, tak jsem takovej tišší a klidnější a nevadí mi vůbec s klientama mlčet, prostě, když se klient nevyjadřuje hodně nebo mlčí nebo potřebuje, abych se ho doptal, tak to mi vůbec nevadí, to jsem fakt jako v pohodě, ale když je hlasitější, to fakt jako nedávám.“*

Tazatelka: *„Takže je to spíš o osobnosti u vás.“*

David: *„Přesně. O osobnosti, o tom, jak si sedneme, rozumíme, ty diagnózy už vlastně takovej problém nejsou.“*

Velmi často navíc mají **stejně obecné zkušenosti** vyplývající z toho, že jim bylo diagnostikováno duševní onemocnění – tedy problémy související s přijetím okolí, rodiny, zkušenosti s pracovníky na úřadech, vedlejší účinky léků, hospitalizací a podobně.

Sebastian (dva a půl roku praxe, volnočasový klub u PN): *„Mě se vlastně nestane, že bychom nenašli podobný věci – frustrace z té nemoci, únava, nesoustředěnost, špatná paměť, to všechno jsou věci, který se prolínají do těch vážnějších diagnóz. Myslím si, že jsem hodně citlivá, že se nám vždycky podaří najít aspoň jednu z těch věcí, co jsem tady vyjmenovala, na který máme oba dva zkušenost.“*

Ani spolupráce s klienty s jinými diagnózami tak nemusí být problematická. Záleží především na tom, zda si daný klient a peer sednou osobnostně. I přes odlišné určení nemoci mají navíc stále řadu společných témat, ať už z okolí nemoci, či mimo ni, která mohou být zdrojem těžkostí a která může klient s peerem sdílet.

Obecně se tak dá říci, že, přinejmenším u mnou vybraného vzorku, je spolupráce a komunikace s klienty méně problematickou oblastí. S klienty, u kterých dochází k intenci překračovat hranice pomáhajícího vztahu, se peer konzultanti mohou setkat, ale jedná se spíše o výjimečné situace. Zdrojem úskalí pak není ani sdílení informací o klientovi se zbytkem týmu, ač má potenciál ztráty důvěry ze strany klienta. Co se týče spolupráce s klienty, kteří mají jinou diagnózu než sám peer, ani tato oblast se nezdá problematická v tom smyslu, že peeri mají stále možnost více než o diagnóze samotné, bavit se o tématech s nemocí související a záleží především na tom, zda si s klientem sednou v obecné rovině.

5.4. Požadavky na pozici

Jelikož je práce peer konzultantů poměrně pestrá a jejich pole působnosti relativně široké, zajímalo mne, jakými cestami se jejich činnost dá standardizovat. To znamená, jak jsou stanoveny **požadavky organizace pro přijetí** peera, stejně jako to, **jaké formy přípravy na pozici** existují a jak je peeri, kteří si nějakou formou přípravy prošli, hodnotí. S podobou přípravných kurzů souvisí to, jaké budou požadavky organizací při přijímání peera na tuto pozici.

Zároveň jsem vycházela z předpokladu, že obsah těchto přípravných kurzů by měl souviset s náplní práce peerů. Východiskem bylo i zjištění prezentované v kapitole o náplni práce, tedy že v rámci této pozice se poměrně často naráží na neznalost, ať už kolegů nebo peerů samotných, proto by přípravné kurzy měly tento faktor brát v potaz a do jisté míry ho regulovat.

5.4.1. Příprava na pozici

V rámci rozhovorů, které jsem se svými respondenty vedla, se objevovaly dva hlavní zdroje příprav, tedy kurzů pro činnost peer konzultanta. Těmi byl kurz Pracovník v sociálních službách, což je kurz akreditovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí, a kurz od Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ), tedy Základní kurz pro peer konzultanty v péči o duševní zdraví. Respondentů jsem se ptala, jak kurz hodnotí, s tím, že většina se vyjadřovala především k druhému jmenovanému kurzu, což mohlo být především proto, že ne všechny organizace vyžadují kurz pracovníka v sociálních službách. To bude však více rozebráno v následující podkapitole.

5.4.2. Hodnocení přípravy na pozici

Co se tedy týče hodnocení přípravného kurzu od CRPDZ, většina respondentů potvrdila, že se v rámci pěti dnů učí především to, jak zpracovat svůj příběh o svém duševním onemocnění, a rozebírají některé aspekty komunikace s klienty, ale to jen velmi obecně.

Hlavní podstatnou informací by pak bylo to, že dotázaní peer konzultanti kurz hodnotili, co do míry přípravy na pozici, jako nepříliš dostatečný, s tím, že činnost peer konzultanta nespočívá pouze ve vyprávění svého příběhu o zkušenosti s duševním onemocněním.

Monika (3 roky praxe, CDZ) : „*Ono je to stejně jenom o tom, jak to jako těm lidem podáte, jo, protože ono je jakože, ne každě chce pořád dokola slyšet nějaký váš příběh jako, jo. To je spíš takový jako na začátku, aby ten člověk věděl, jako kdo jsem, proč tam jsem, aby ten můj život nějak jako běžel, ale pak často se to týká kor ještě když se sejde stejná diagnóza, tak je zajímavý podobný momenty.*“

David (3 roky praxe, volnočasový klub u PN): „*A když má [budoucí peer] ten kurz, tak ten je sice pětidenní a je sice hodně kvalitní, ale nestihne se probrat všechno, co je potřeba k nějaký dlouhodobý práci.*“

5.4.3. Vlastní návrhy na charakter přípravy

Když jsem se ptala respondentů, co teď vidí, že by v rámci přípravy potřebovali, v odpovědích se velmi často objevoval **trénink softskills** – tedy nácvik a typy na rozšíření komunikačních, prezentačních a organizačních dovedností

Sabina (6 let praxe, CDZ): „*[...] že by bylo dobrý, aby ti peeri měli třeba nějaký základy, jak komunikovat, jak prosadit nějaký ten svůj pohled na věc, svůj názor, myslím si, že je to dost důležitý.*“

Dalším návrhem byly **modelové situace, které mohou nastat při práci s klienty s těžší diagnózou nebo obtížnější životní situací.**

Monika (3 roky praxe, CDZ): „*Myslím, si, že by bylo fajn tam třeba trénovat ty setkávání s klientama. Jako třeba modelový situace, to by mi třeba pomohlo víc, takový chytáky, problematický situace, protože hodně peerů, kteří po mě nastupovali, se mě neustále jako ptali, jak to zvládám, když třeba ten klient je vulgární, nebo když třeba klient přijde opilej na schůzku. Myslím si, že by to hodně lidem dalo.*“

Podle respondentů by bylo zapotřebí také obecnější, ale za to širší zasvěcení do teorie možností péče o duševní zdraví a do peerské práce, která by umožnila získat větší množství teoretických znalostí a lépe si ujasnit, co vlastně práce peerů obnáší.

Sabina (6 let praxe, CDZ): „A nějaký úvod, nějaká taková jako historie toho peerství. Protože to si myslím, že o tom jsme se taky neuměli bavit i s tím, my jsem se věnovali různějakoby příběhům, a proto jsem si říkala, že když to stěžejní téma bylo jenom jedno a to je to sdílení toho příběhu, tak jako, aspoň v týhle chvíli by ten základní kurz pro peery měl obsahovat několik těch stěžejních témat, i třeba to, jak pracovat v týmu, a tam opravdu ošetřit to, že ti peeri mají nějaký psychický problémy a potřebují vědět, co a jak dělat, když je jim třeba špatně nebo, vím, že je to na určitý domluvě v tom týmu, to určitě, ale prostě jim nějak jako pomoci, aby si to ujasnili.“

Je jasné, že není v moci jedné instituce naplnit všechny požadavky a obsáhnout všechna témata, která peer konzultanti navrhnou, stejně jako to, že výpovědi mých respondentů se zcela nedají vztáhnout a prohlásit za obecně platné. Za důležitou informaci bych osobně považovala to, že v rámci kurzu, který je realizován ústřední, a peery zaštiťující organizací, je převažujícím obsahem vyprávění příběhu, tedy aktivita, kterou peeri v rámci svého působení využívají spíše výjimečně. To ostatně dokládá i kapitola o náplni práce peer konzultantů.

5.4.4. Požadavky organizací pro přijetí peera

Dále jsem se ptala respondentů, s jakými požadavky pro přijetí do dané organizace se setkali. Vycházela jsem z toho, že požadavky organizací by měly určitým způsobem souviset s tím, jak jsou koncipované přípravné kurzy – tedy, že by organizace měly od peerů požadovat minimálně to, co se učí v rámci kurzů. Zároveň pak požadavky mohou vypovídat také o tom, jaká bude náplň práce peerů, a to přinejmenším v dané organizaci.

Jak jsem již zmiňovala, některé organizace požadují pro přijetí na pozici absolvování kurzu pracovníka v sociálních službách. Ten však není podmínkou ve všech organizacích a v těch, ve kterých ano, je možnost absolvovat ho až po nástupu na pozici.

David (3 roky praxe, volnočasový klub u PN): „*Ted’ jsme hodně řešili i organizační schopnosti a ten kurz. Na oddělení třeba ten peer už jde s tím, že ten kurz má, protože víme, že se ten peer potřebuje obhájit, potřebuje, aby ho vnímali jako profesionála, ale u nás je to tak, že může nastoupit, my ho potřebný věci naučíme a pak si třeba ten kurz dodělaj.*“

Možnost pozdějšího absolvování se pak vztahovala i na kurz peer konzultanta od CRPDZ s tím, že právě tato forma přípravy je považována za převažující nezbytné minimum.

David (3 roky praxe, volnočasový klub u PN): „*On ten kurz je takový nezbytný minimum pro to, aby to člověk mohl kvalitně vykonávat. Ty požadavky jsou v různých organizacích jiné, ale třeba u nás nabíráme člověka, kterej ten kurz ještě nemá, ale plánuje si ho dodělat, takže to není úplně nutný pro ten začátek, ale když to člověk chce dělat dlouhodobě nebo aby to vydržel, tak je to prostě důležitý.*“

Co se týče požadavků na vzdělání, bere se u těchto pracovníků v potaz, že se jedná o osoby s duševním onemocněním a jejich možnosti na vzdělání jsou omezené. Minimum je proto základní vzdělání či maximálně maturita. Jinak byly požadavky stanoveny povětšinou poměrně volně a benevolentně.

Stanislav (7 let praxe, CDZ): „*Ty požadavky, ty byly jen takový běžný, že vlastně ten člověk musí mít zkušenost s duševním onemocněním, a to dlouhodobě a jeho zdravotní stav by měl být stabilní, myslím, že říkali třeba rok od hospitalizace, a pak tuším i nějaká odolnost vůči stresu. A jinak jako jiné požadavky tam nebyly, jinak jako mít základní vzdělání, což samozřejmě já mám, protože jsem ani nedokončila střední školu, kvůli těm psychickým problémům, tak jsem byla ráda.*“

David (3 roky praxe, volnočasový klub u PN): „*Oficiálně je v požadavcích u nás maturita v celý nemocnici, ale prakticky se občas veme někdo se základním vzděláním, ale většinou ta maturita. S tím, že vejška vůbec není požadovaná.*“

I proto mě zajímalo, jaké další požadavky na činnosti uchazeče o pozici mohou být a jaké další aspekty se u tohoto jedince mohou hodnotit. Většina respondentů se shodla, že je to velmi individuální, hodnotí se především **osobnostní nastavení** peera, jeho **schopnost komunikovat** s klienty a kolegy, **empatie** a **zájem pomáhat** s tím, že velmi často je organizace schopná si peera vyškolit a zaučit sama.

Jiří (čtyři měsíce praxe, volnočasový klub u PN): *„Za mě je to hlavně o tom, jako. O znalostech, znalosti si jako doplní člověk každé, ale ty osobností předpoklady, ty tam prostě musej bejt hlavně první ze všeho.“*

Tazatelka: *„A třeba na základě toho tam doplňovat kurzy zaměřený na prezentační dovednosti, komunikaci...“*

Jiří: *„Přesně tak, no. Všechno, co se dá naučit, to se prostě dá naučit a časem se to to, ale když člověk nemá ty predispozice k tomu...“*

Jestliže byl na začátku této podkapitoly vyjádřen předpoklad určité korespondence mezi náplní práce peer konzultanta, požadavky organizace a obsahem přípravných kurzů, z výstupů této kapitoly je patrné, že o něčem takovém, minimálně mezi mými respondenty, nemůže být řeč. Organizace nemají na uchazeče o práci peer konzultanta žádné požadavky, které by konkrétněji specifikovaly nároky na peery, a tedy i náplň práce. Zároveň ani majoritně vyžadovaný kurz vlastně obsahem příliš nenavazuje na reálně vykonávané činnosti. Troufám si říci, že obojí může být následkem, ale částečně i příčinou toho, že tato pozice nemá své legislativní ukotvení, v rámci kterého by požadavky na peery, minimálně co se týče výše dosaženého vzdělání, bylo možné konkrétněji stanovit.

5.5. Finanční ohodnocení

Dalším tématem, které se ukázalo jako poměrně palčivé, byla výše platu, který peer konzultanti za své působení dostávali. Zde jsem se ptala především na to, **jak výši platu celkově hodnotí, co si o ní myslí a jestli to zasahuje do jejich každodenního života**

5.5.1. Výše platu

Je třeba říci, že peer konzultanti málokdy pracují na celý úvazek. Tím jsem se částečně zabývala již ve své bakalářské práci, kdy z analýzy využití služeb peer konzultantů v celé ČR (N=70) kdy majorita (57 %) pracovala na poloviční úvazek či na 0,75 (10 %), přičemž zbylé formy úvazku, jako 0,4; 0,3 nebo 0,7 vykonávali peeri spíše výjimečně, v jednotkách procent (Bártová 2019).

Také mí aktuální respondenti pracovali na poloviční úvazek nebo na Dohodu o provedení práce s tím, že v práci na celý úvazek jim bránilo především riziko pracovního přetížení a negativní vliv na jejich zdravotní stav. Přiznávám, že jsem dotaz na přesnou částku peer konzultantům nepokládala, jelikož jsem měla dojem, že jde o poměrně citlivé téma, a ptala jsem se na to, jak jsou s ní spokojení a jak je ovlivňuje v každodenním životě. Někteří respondenti však částku zmínili s tím, že jde o výši do dvaceti tisíc, spíše však méně.

5.5.2. Hodnocení platu peer konzultanty

Celkově pak respondenti vnímali své finanční ohodnocení jako **nedostatečné**. Často dostávali méně peněz než například nižší personál v nemocnicích, jako jsou sestry nebo sanitáři. Zároveň však respondenti uváděli, že při svém zaměstnání někteří z nich stále dostávají částku invalidního důchodu třetího stupně, jelikož pozice peer konzultanta se řadí mezi chráněné práce a nedostává se do konfliktu se s finančními dávkami sociálního zabezpečení. Díky kombinaci

platu a invalidního důchodu se tak peeri mohou dostat na obстойné finanční ohodnocení.

Když jsem se peerů ptala, jak své finanční ohodnocení vnímají, reakce byly různé. Většina respondentů byla **smířená** s tím, že nižší výše celkové částky je pochopitelná s ohledem na formu pracovního úvazku a tím, že v organizaci či nemocnici tráví méně času než personál, nebo tvrdili, **že je pro ně tato pozice důležitá jako celek**, tedy, že jim jde o práci s lidmi a o to, že je naplňující, a **tudíž je nižší finanční ohodnocení méně podstatný faktor**. Zaznívalo však i **rozhořčení** a **frustrace**. První jmenované se vázalo k domněnce, že jde o neférové jednání vzhledem k tomu, že peer je schopen odvést stejnou práci a stejné množství práce jako například sociální pracovník nebo sestra, jen za to dostávají méně peněz. Frustrace se pak vázala k pocitu méněcennosti, z toho, že si peer konzultant vzhledem k finančnímu ohodnocení nemůže dovolit vše, co by potřeboval, nemá dostatečnou finanční a svobodu a nemůže tak být pro klienty dostatečným vzorem.

5.5.3. Vliv finančního ohodnocení v každodenním životě

Kritický bod v rámci otázky na finanční ohodnocení směřoval na to, jak je výše finančního hodnocení ovlivňuje v každodenním životě. Od peerů často zaznívalo, že částka je velmi nízká pro jednotlivce, natož v situaci, kdy chce peer založit rodinu, jelikož pak nemusí mít dostatek finančních prostředků na její zabezpečení.

Tobiáš (6 let praxe, oddělení PN) : „*No, je to na nic. Svým způsobem je to nefér, protože ta práce je opravdu náročná, jak psychicky a proč by třeba sestra měla mít třicet a já třeba třináct? A třeba máme vysokoškolský vzdělání, a třeba máme i praxi v oboru. Jo, tak je to nefér. A fakt je ten, že kdybych já neměl ten důchod, tak já to dělat nemůžu. Prostě musím třeba z něčeho žít, že jo. Mám rodinu. Takže kdybych ten důchod neměl a může se*

to stát, že bych tady musel skončit ne z toho důvodu, že mě to nebaví, ale protože bych to nedával. A holt bych musel jít dělat skladníka, protože tam bych měl o pět tisíc víc.“

Tazatelka: *„Já se zeptám blbě, ale jaký je teda ten váš motiv, když to ohodnocení tady je jaký je?“*

Tobiáš: *„Protože to nedělám jen kvůli prachům.“*

Taz.: *„A zasahuje vám to do vašeho běžného života?“*

Tobiáš: *„Ne, jak jsem říkal, tak protože je tam ten důchod, tak to dáváme v současný době. Tím, že je tam ten důchod, tak dohromady to dává normální plat.“*

Jedna z respondentek se také svěřila, že díky nízkému finančnímu ohodnocení a vyšším nájmům se musela vzdát bydlení v Praze, bydlí s rodiči a do Prahy za prací několik hodin dojíždí.

V kontextu bydlení pak hovořil i další respondent, který aktuálně bydlí v městském bytě a snaží se hledat různé cesty, jak si přivydělat, například chodí darovat plazmu. Díky tomu si ale připadá méněcenně a vnímá, že některé aspekty jeho života nejsou zcela dořešené, a má pocit, že není dostatečným vzorem pro své klienty, které se snaží motivovat k tomu, aby se postavili na vlastní nohy.

Rozhovory na téma finančního ohodnocení pak poukázaly na další problematický aspekt, kterým jsou výkyvy ve formách úvazku a finančním ohodnocení mezi jednotlivými organizacemi. Zatímco někteří peeri měli poloviční úvazek a měli stanovenou částku, jiní měli Dohodu o pracovní činnosti a byli placeni od hodiny. Některé organizace pak po peerech požadovaly, aby měli kurz Pracovníka v sociálních službách, od čehož se pak také odvíjela výše úvazku. To pak bylo zajímavé v závislosti na dotazování peerů pracujících na oddělení psychiatrických nemocnic, jelikož ti se na tomto pracovišti dostávali buď přímo přes smlouvu s nemocnicí anebo prostřednictvím různých organizací

sociálních služeb. Z rozhovorů také vyplynulo, že peeri v psychiatrických nemocnicích by měli dostávat méně než ti v sociálních službách.

Sabina (6 let praxe, CDZ): *„Tak hlavně plat, protože peeri nejsou zas až tak dobře placení, a například peeri, kteří pracují v Bohnicích jsou placení hůř, než ti peeri, kteří působí ve Fokusu, je to vlastně i součástí toho, na čem máme pracovat v té pracovní skupině, protože se snažíme to nějak zahrnout do těch pracovních tabulek a je to strašně těžký, protože i ty samotný platový tabulky jsou prostě zaměřený na určitý vzdělání a z toho se vychází a samozřejmě i z toho se tam dá přidat, ale myslím, si, že to je to, co, že se to nedá nějak zprostředkovat, že ta hlavní nějaká náplň práce toho peera je předávání zkušenosti a nikoliv vzdělání, takže to je hodně primární, a třeba v zahraničí tohle nijak neberou, ale třeba v zahraničí je ten zdravotní systém hodně jinej.“*

Co mě tedy zaujalo, byla značná nejednotnost – v tom, jakou smlouvu by měli peeri uzavírat a za jakou vysokou mzdu. Jelikož toto téma souvisí nejen s výší finančního ohodnocení, ale také s legislativním uplatněním, bude mu věnována pozornost v druhé jmenované kapitole.

5.6. Téma budoucnosti a kariérní postup

V rámci rozhovoru s peer konzultanty mě zajímalo, jak dlouho se peerská práce vlastně dá dělat. Vycházela jsem z toho, že ačkoli je pozice hodnocena především pozitivně, stejně je v ní možné narazit na množství stresových situací, které mohou mít na zdravotní stav pracovníka negativní vliv. Dalším faktorem bylo to, že, na rozdíl od většiny jiných pracovních pozic, u pozice peer pracovníka neexistuje možnost kariérního růstu – například v možnosti měnit pozice a pracovní kompetence či ve zvýšení finančního ohodnocení.

Nejprve se zaměřím na otázku, jak dlouho se pracovní pozice dá dělat. K tomu se váže také otázka celkové změny pracovní pozice a možnosti peer konzultantů jakožto osob s duševním onemocněním, které stále výrazně omezuje jejich zdravotní stav.

Tu jsem pracovně nazvala **otázka budoucnosti**. V tomto kontextu zaznívalo téma množství **limitů**. Ty se týkaly **dosaženého vzdělání a kvalifikace**, a také **zdravotního stavu a duševního onemocnění**.

5.6.1. *Otázka dosaženého vzdělání a kvalifikace*

Duševní onemocnění se objevuje již v poměrně brzkém věku, tedy přibližně od 15. roku života. Díky této diagnóze také mohou být často hospitalizováni, a tak stráví většinu svého života s psychiatrických nemocnicích nebo se pracuje na jejich sociálním začlenění. Lidé s duševním onemocněním tak často nemají dokončené vysokoškolské či středoškolské vzdělání. V momentu, kdy se jejich zdravotní stav stabilizuje, lidé s duševním onemocněním začnou chodit do společnosti a najdou pracovní uplatnění, není už na dodatečné vzdělání čas, kapacita ani energie (Mahrova et al. 2008; Ocisková, Praško 2015). Respondenti se tak často vyjadřovali právě ke vnímanému nedostatečnému vzdělání, které omezuje výběr dalších pracovních pozic.

Sabina (6 let praxe, CDZ): „[...] ta práce peer konzultanta je vlastně dost náročná, a k tomu, kdybych si ještě přibrala to studium, teď dálkový, tak prostě, aspoň já to tak vidím, že bych to v těchhle podmínkách nezládla, tak jak je to teď nastavený.“

Stanislav (7 let praxe, CZD): „No, to, co tady říkáte o tom kariérním postupu je naprostá pravda, protože já si myslím, že přejít nějak k té pozici peera je vlastně dost problematický. Anebo takhle – pokud bych si nějak dodělal studium té sociální práce, tak si myslím, že by nebyl problém stát se sociálním pracovníkem. Ale asi na to úplně nemám nějak jako energii, abych to udělal, takže bych asi musel jít jinou cestou, což by zase znamenalo se nějak jako přeorientovat, myslím si, že pro mě by to bylo poměrně těžký. Jako, ne, že by to bylo nemožný, ale bylo by to složité.“

Tématem byla i nedostatečná kvalifikace. Většina respondentů neměla za život žádné jiné pracovní uplatnění, dělala pouze peer konzultanta, jedinou nadstavbou je možná kvalifikace na pracovníka v sociálních službách, ale i s ní je

možné pracovní uplatnění komplikované, vzhledem k omezené možné výši úvazku.

Hana (6 let praxe, CDZ): „Ale máte pravdu, že co potom. Těžko bych hledala práci peera jinde, protože jich tolik není, tak že bych šla akorát někam cvakat nebo uklízet. Uvědomila jsem si, že opravdu to není jako u jinejch zaměstnání, já bych zase byla jenom pracovník v sociálních službách. Já bych mohla dělat sociálního pracovníka, ale na ten půlúvazek...nevím. Ono to tak je. Tim, že nás není tolik a tim, že to není definovaná pracovní pozice...tak nevím, co by dělali lidi, co odcházejí z peerství. Ještě v mém věku.“

5.6.2. Omezení z důvodu duševního onemocnění

Souvisejícím tématem bylo omezení vyplývající z duševního onemocnění. Nabídka pozic je výrazně omezená, ať už z důvodu toho, že zaměstnavatelé nejsou příliš ochotní přijímat lidi s diagnózou z důvodu stigmatizace či s vidinou toho, že budou zaměstnanci muset uzpůsobit pracovní podmínky.

Důvodem je ale také pracovní zátěž, kdy by zaměstnání nemělo být příliš náročné na čas a kapacitu jedince, nemělo by být příliš hektické a proměnlivé nebo být z jiných důvodů zdrojem stresu a napětí. (Beranová, 2017; Kondrátová, Winkler, 2017). V tomto smyslu pak jedinci zbývají pouze manuální práce, kdy jedinci pracují více sami, a tedy i v klidu. Ty však mohou postrádat smysl a pocit naplnění.

Sebastian (dva a půl roku praxe, volnočasová klub u PN): „Ono je dost smutný, že pro lidi duševním onemocněním vlastně práci zas tak moc není, a hledat si něco na volném trhu je takový trošku dost problematický. Já jsem za tu možnost pracovat jako peer hodně rád. Protože těch možností fakt moc není. Nějaký jako uklízení nebo na recepci nebo nějaký takovýhle práce, co většinou jsou většinou chráněný. A to by mě nebavilo. Já potřebuju něco, u čeho používám svou mysl, kde pracuju s lidma a tak, takže pro mě je to peerství jako perfektní.“

Jiří (čtyři měsíce praxe, volnočasový klub u PN): „je důležitý, aby to nebylo jenom jako nějaká brigáda prostě vedle, protože to dělá spousta lidí na půl úvazek, spousta lidí to dělá s invalidním důchodem a ono je dost těžký sehnat práci, která je jako, když o vás někdo ví, že máte psychický onemocnění, tak vaše možnosti zaměstnání, pokud to někde řeknete, nejsou třeba tak velký, a zároveň prací, který jsou zajímavý a jsou na plnej úvazek, tak je dost omezený množství, kor, když člověk nemá jako vysokou školu. A k peerství není třeba vysoká škola vůbec. A znám peery, který maj třeba jen základní školu a dodělávaj si třeba střední vlastně.“

Z toho důvodu mají peři nejen omezený výběr, co se týče jiných pracovních pozic, ale také „zatarasenou cestu“, co se týče výstupu z pozice peer pracovníka.

V jistém smyslu je to práce, která nabízí možnost práce s lidmi, v pracovním kolektivu, která je proměnlivá a zajímavá, takových ale na trhu práce pro lidi s duševním onemocněním není mnoho. Zároveň může být pro peera ze stejného důvodu z pozice obtížné odejít, pokud mu z nějakých důvodů nebudou vyhovovat pracovní podmínky.

Tobiáš (6 let praxe, oddělení u PN): „Jo, to máte pravdu, to tam hraje hodně velkou roli. Když mě třeba štve primář z nějakýho důvodu, už mě to nebaví, jsem pořád ve stresu, nemůžu spát, ale co budu dělat teďka teda, zase budu stát před rozhodnutím, co teda dál. Když kdekoli řeknu, že mám šest let práce peer terapeuta, tím teda neohromím zrovna. Ještě když mám důvod a prášky. Takže buď to zamluvím, nebo budu lhát. A vlastně mám pocit, že jestli někdy skončím, tak to bude proto, že začnu mít pocit, že už nemám, co dát. Že už mě to nenaplnuje, nejsem tak autentickejš anebo, tak úplně nejkrásnější možnost, že prostě dostanu nějaký lano a půjdu dělat něco zajímavějšího.“

5.6.3. Možnost kariérního růstu

Jak již bylo řečeno v teoretické části práce, pozice peera má několik možností pracovního uplatnění, ať už v rámci výzkumu, lektorování, či přímé práce s klientem v sociálních službách. Jako peer konzultant případně jako je peer

terapeut či peer mentor. S tím, že v rámci těchto pozic neexistuje žádná hierarchie, ať už mezi nimi, či uvnitř. Dalším faktorem byla evidentní neukotvenost pojmů týkajících se peerských pozic. Například jeden z respondentů, který měl v psychiatrické nemocnici status peer terapeuta, vlastně dělal úplně to samé, co peer konzultant. Jiní peeri se v úvodu rozhovoru zase představili více pozicemi – například peer konzultant a peer mentor, či peer konzultant, peer mentor a místy i peer lektor. Zde je ještě třeba říct, že co se týče peer mentora, u Foltové et al. (2016) je o této pozici pojednáváno jako o již zkušenějším peer konzultantovi, který je v organizaci již delší dobu a může pomáhat služebně mladším peer konzultantům. V kontextu mého rozhovoru se respondent označoval za peer mentora v tom ohledu, že mentoruje klienty v rámci volnočasových aktivit.

Tazatelka: *„A vy jste peer mentor v jakém smyslu, že máte pod sebou jiné peer konzultanty?“*

Jiří (čtyři měsíce praxe, volnočasový klub u PN): *„Ne, řekl jsem to proto, že takhle to bylo inzerovaný, když jsme se sem hlásil a od těch konzultací, jak já to chápu, je to právě oddělený tím, že jakoby je tam širší pole působnosti, to znamená, není to nějakým způsobem pokročilejší, to ne, akorát že prostě je tam širší pole.“*

To vše mě zaujalo ze dvou důvodů. Za první – různorodé využívání termínů může vypovídat o tom, že neexistuje jednoznačné uchopení a definice pojmů týkajících se peerské práce. Za druhé – využívání termínu pro služebně staršího peera pro činnost peer konzultanta může vypovídat o tom, že v rámci této pozice není jednoznačně vymezena možnost pracovního a kariérního růstu. Tedy, že peer konzultanti zůstávají peer konzultanty po celou dobu svého působení. To ostatně potvrzují i rozhovory, kdy někteří respondenti působí jako peer konzultanti celých sedm let. Zajímala jsme se tedy o to, jak tuto skutečnost respondenti vnímají, a zda v rámci peerské práce existuje určitá varianta specializace.

Respondenti si uvědomovali zmatení v termínech, které se v rámci peerské práce objevují.

David (3 roky praxe, volnočasový klub u PN): *„Je ale pravda, že každá ta služba, každá třeba dejme tomu ta organizace, která zaměstnává peery, že si to obhospodařuje jinak, že třeba v Organizaci 1 (upraveno autorkou), že tam skutečně mají ty mentory, lektory, který jsou třeba nějak zkušenější, kdežto já jsem pořád jenom peer konzultant, protože ve Organizaci 2 (upravenou autorkou) nejsou jakoby jiný, jinak definovaný pozice.“*

Jedna respondentka se na toto téma dokonce bavila s kolegy v týmu s tím, že výsledek této diskuze nebyl příliš úspěšný, jelikož změna názvu pozic by byla pouze formální záležitostí.

Monika (3 roky praxe, CDZ): *„Já bych to třeba i uvítala, ale když jsem se o tom bavila s naší vedoucí, tak ta mi řekla, že můžem klidně dát jiný jméno té pozici, ale jako oficiálně v Organizaci 1 (upraveno autorkou) to tak není, může to tak bejt, ale prostě podle jejího názoru je to jenom taková optická věc.“*

Z rozhovorů také vyplynulo, že tomuto neukotvenému využívání termínů by mohlo výrazně pomoci legislativní ukotvení peerské pozice. Ta totiž doposud nebyla zařazena do rejstříku prací. Právě tento akt by mohl vést k tomu, že se více pevně stanoví parametry a okolnosti jednotlivých pozic souvisejících s peerskou prací.

David (3 roky praxe, volnočasový klub u PN): *„Ono se to furt řeší, protože teď se třeba řeší ta legislativa, protože my nejsme v rejstříku prací zatím, přímo jako profese peer není. A podle toho jako nás potom nazývají rozdílně na různých místech.“*

Dále jsem se peerů ptala na to, zda v rámci této pozice existují jiné varianty specializace. Respondenti v tomto kontextu uváděli návazné kurzy od Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, které mohou pomoci v rozšiřování znalostí a obzorů.

Jiří (čtyři měsíce praxe, volnočasový klub u PN): „Já mám teďka domluvený, že budu dělat PéKá dvojku, to znamená pokročilej, nástavbovej kurz.“

Tazatelka: „Já jsem ani nevěděla, že je nějakej prohlubující kurz od CRPDZ. Čemu se to třeba věnuje?“

Jiří: „[...] je tam třeba to, jak zakládat svépomocný skupiny, mám pocit, že je tam něco o návazný spolupráci s různýma organizacema nebo něco takovýho, ale určitě, z toho, co jsem slyšel určitě jakoby nic, co bych já nezahlád, určitě to bude zajímavý a takový rozšíření, a ten základní kurz je opravdu tak základní, že potřebuju to rozšíření, abych měl pocit, že mám aspoň nějakou kvalifikaci. A my máme dost volnou ruku v tom, co si můžeme vybrat za kurzy.“

Zároveň existuje snaha ustanovit termíny a pozice v rámci peerské práce i v rámci akčních, pracovních skupin, ve kterých působí sami peer konzultanti

Sabina (6 let praxe, CDZ): „My jsme se snažili, i v tý naší pracovní skupině to nějak jako rozdělit. Ale máme nějakou jako touhu to definovat nějak jako všeobecně. Že jak jsem říkala, na každý tý organizaci to mají jinak a taky mi to prostě připadá dobrý se domluvit na nějakým jako postupu, aby to pro každého peera bylo nějak jasný, že třeba všude kam nastoupěj, tak po určitým čase budou mít nějakou seniorskou pozici a že nebudou vlastně, že se to může nějak jako měnit a že to může mít určitej vývoj. Já jsem ráda, že v rámci Organizace 1 (upraveno autorkou) se může nějak vyvíjet jako peer, ale taky bych určitě uvítala, aby tam byly nějaký možnosti.“

Zároveň mě v rámci rozhovorů zaujala jedna věc – většina respondentů, se kterými jsem realizovala rozhovor, nepůsobila pouze jako peer konzultanti, ale měli řadu vedlejších aktivit – jednalo se například o školení služebně mladších peerů či personálu, angažování se v rámci organizací realizující strukturální intervence a podobně. Zde je třeba říci, že si uvědomuji, že je tento faktor silně ovlivněn výběrem respondentů. Nicméně v kontextu chybějící varianty kariérního růstu se nabízí otázka, zda právě možnost realizace

na různých dalších místech a využívání své zkušenosti a znalostí v dalších kontextech není tou možností, jak v rámci peerské práce dochází ke specializaci a růstu. V rámci rozhovorů s respondenty se dotazovaní peeri přikláněli právě k této variantě.

David (3 roky, volnočasový klub u PN): *„Takže i ta otázka toho postupu je taková, že i jako vnímám, že dost kolegů prostě víc smluv s různějma místama, než že by vyloženě spíš jakoby řekněme peer klub a pak, já nevím jo, nějaká vyšší pozice v peer klubu, takhle to právě úplně nefunguje, takže spíš jako takhle.“*

Obecně se tak dá říci, že pod tématem, které jsem nazvala kariérním růstem, se skrývá řada dalších problematických aspektů, jako je nejednotné využívání pojmů a termínů, které si řada organizací vykládá specificky. To opět souvisí s ne zcela jednoznačně stanovenou náplní práce peer konzultantů, stejně jako s chybějícím legislativním ukotvením pozice, které by jinak mohlo napomoci tomu, aby se v terminologii udělal větší pořádek. Plusem jsou navazující kurzy, které se snaží o rozšíření znalostí a varianta nabývání znalostí a dovedností skrze realizaci v dalších souvisejících organizacích a iniciativách.

5.7. Legislativní ukotvení

Legislativní ukotvení peerské pozice je komplexním problematickým aspektem, který se výrazně promítá do všech již zmiňovaných problematik – je příčinou toho, že na peerskou pozici je kladeno množství různorodých nároků a požadavků v závislosti na organizaci. Podílí se na tom, že název pro danou pozici si často vysvětlují v každé organizaci jinak a že finanční ohodnocení jednotlivých peerů bývá nízké a jeho výše ani forma nejsou jednotné. Nelze opomenout ani fakt, že pro tuto pozici neexistuje jednotná a zastřešující organizace. Dalo by se také říct, že proces legislativního ukotvení ztěžuje fakt, že náplň práce je tak široká a variabilní.

Podle Národního akčního plánu pro duševní zdraví od Ministerstva zdravotnictví (2020) by do roku 2030 měly vzniknout dvě oddělené pozice: peer konzultant pro oblast sociálních služeb a peer konzultant pro oblast zdravotnictví, tedy v tomto případě, psychiatrických nemocnic. Má to svá pro a proti. Toto řešení by na jedné straně napomohlo k umístění pozice peer konzultanta mezi legitimní zaměstnání a do platových tabulek, a tedy i k férovější výši platu. Na druhé straně by toto řešení přineslo nutnost specializace pracovníků v závislosti na jednotlivé oblasti – tedy na oblast sociálních služeb a na oblast psychiatrických nemocnic a lůžkové péče. Jestliže doposud mohli mít všichni peeri kurz od Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, nyní by byla zapotřebí odlišná školení, vstupní požadavky týkající se například výše vzdělání a podobně. Ptala jsem se proto respondentů, jaký je jejich názor na tento návrh legislativního ukotvení. Nutno říct, že šlo pouze o to zjistit, jaký na to respondenti mají názor a jaké úskalí v této intervenci vnímají, určitě nebylo cílem tuto situaci vyřešit.

5.7.1. Problematika specializace

Nejvíce názorů souviselo se snahou o **specializaci** peerů. Podle respondentů, kteří se navíc angažují v realizaci strukturálních intervencí, je velmi obtížné vůbec definovat samotnou pozici peer konzultanta a to, zda je více zdravotnickou, nebo sociální profesí.

Monika (3 roky, CDZ): „Jo, máte tam sociální pracovníky, máte tam třeba pracovníky v sociálních službách, jo, když jsou peeri v nemocnicích, tak jsou tam pracovníci v nemocnicích a sanitáři, ale my jsme taková skupinka, která vlastně nikam moc jako nepatří legislativně, takže to se teďka hodně řeší, vlastně kolegové z té skupiny jsou i nějak jako ve výkonném výboru i vlastně v radě péče o duševní zdraví, takže je tam vlastně snaha to nějak prostě snaha to tam po kouskách jako tlačit.“

Sabina (6 let praxe, CDZ): „...protože ono je strašně těžký definovat tu pozici peera, jestli je to spíš zdravotnická pozice, nebo jestli je to víc pozice v sociálních službách, a jak je rozdělit a jestli je vůbec jako rozdělovat, protože my jsme se shodli na tom, že je to to i to, takže pak je to vlastně strašně těžký, ale i tím, že získáváme jakoby data z různých, ať už sociálních, komunitních služeb, nebo zdravotnických zařízení, tak doufáme, že snad to přesvědčí o tom, že peeri by mohli být...spíš se přikláníme k tomu, že je to spíš zdravotnická pozice, ale zároveň je to i sociální, ale v zahraničí to třeba ani tolik neřešej, že to nepotřebujou mít tak rozdělený vlastně.“

Souvisejícím problematickým aspektem je přidání množství zbytečných činností na bedra peer konzultantů. A to už v rámci **přípravných kurzů a požadovaných dovedností**. Například v případě peer konzultantů v oblasti psychiatrických nemocnic by to znamenalo absolvovat kurz, který by trval několik set hodin a obsahoval péči o klienty, kterou mají jinak na starosti například ošetřovatelé, sanitáři či zdravotní sestry – tedy vynášení nočníků, přebalování pacientů a podobně. Dalším prvkem by pak bylo vytvoření dalších pozic, jako je například peer terapeut či peer ošetřovatel, kterým by byl vymezen přesný set činností a povinností. Otázka je, zda tyto aktivity pro pozici, která spočívá především v komunikaci a podpoře, nejsou přebytné a zatěžující. Pro oblast sociálních služeb by to znamenalo, že na peer konzultanta případnou další činnosti, které budou spočívat v administrativě a byrokracii.

Monika (3 roky praxe, CDZ): „Představte si, že máte peera, kterej má vystudovaný sociální práce, aby moh dělat peera v nemocnici. Úplně vidím, že přijde sociální pracovnice danýho oddělení a řekne peerovi, já potřebuju teďka tady vystavit neschopenky, já teďka potřebuju, abys obvolal úřad, úplně to vidím, že by se začalo úplně jako mařit ta podstata toho peera.“

Dalším palčivým tématem je stanovení požadavků na pozici. V předchozí kapitole bylo možné zjistit, že požadavky jsou stanoveny velmi volně – jde především o schopnost empatie, komunikačních a organizačních vlastností.

Nyní by se ale k požadavkům měl vázat i například **požadavek na nejvyšší dosažené vzdělání**. I to je ale, jak zaznělo také v jedné z předešlých kapitol, velmi komplikované a individuální, jelikož výši dosaženého vzdělání omezuje duševní onemocnění.

Přitom, alespoň podle mých respondentů, nemusí to, že má uchazeč o pozici základní nebo středoškolské vzdělání, souviset s tím, zda bude ve svém působení dostatečně efektivní či nikoli.

David (3 roky, volnočasový klub u PN): *„Kdyby to bylo třeba nastavený, že musí být maturita, tak bychom nemohli přijmout někoho, kdo má základní vzdělání, ale má třeba lepší komunikační dovednosti. A, což se mi třeba jako stalo, že znám prostě peerku, která deset nebo patnáct let pila, tak prostě nemá střední. Ale zároveň komunikačně je na tom líp než třeba půlka peerů, který já znám, a normálně zvládá teď pracovat a deset let abstínuje. A to jsou lidi, na který ten systém třeba zapomíná a stávají se obětí nějakých nepřesných nařízení.“*

Prozatímní snahy navíc směřují k tomu, že nároky na práci peer konzultanta budou přísnější pro oblast psychiatrických nemocnic, než pro oblast sociálních služeb – ať už, co se týče délky přípravného kurzu (v prvním případě by trval kolem sedmi set hodin, v druhém kolem sto padesáti. S tím že první sdělené číslo mi bylo sděleno peer konzultantkou, která se ve věci více angažuje, druhé jmenované je pak předpoklad vycházející z počtu hodin kurzu na Pracovníka v sociálních službách, který je akreditovaný MPSV, který už nyní musí mít peeri v některých organizacích a nyní by se vztahoval na všechny) nebo pro požadovanou úroveň vzdělání (středoškolské pro oblast psychiatrických nemocnic, základní až středoškolské pro sociální služby).

Otázkou také je, zda tyto požadavky nebudou na peery působit kontraproduktivně, ve smyslu nadměrné zátěže. Jde o to, že jelikož se intence o standardizaci a legislativní ukotvení odehrává na úrovni státní správy, dochází

často k přehlížení podstatných detailů, které by pozici mohlo ve finále pouze uškodit. Aktuální snahy spočívají ve vytváření akčních skupin z řad samotných peer konzultantů, které mají za cíl spolupracovat se zahraničními organizacemi, kde mají legislativu v tomto směru vyřešenou a její implementaci do českého zdravotnického a sociálního systému, stejně jako analýzu činnosti peerů v České republice.

Když se to pokusím shrnout, pozitivem legislativního ukotvení by tak bylo její usměrnění, nastavení laťky kvality, standardizace vstupních požadavků, edukačních kurzů a metodik, stejně jako, a to je snad nejvíce podstatné, stanovení dostatečné částky v rámci finančního ohodnocení. Negativem by bylo vytvoření umělé specializace, požadavky na přebytné a pro peera vysilující činnosti a vytvoření takových nároků na pozici, které by mohly vytvořit takové síto, kterým by prošli i takoví peer konzultanti, kteří by jinak mohli být nápomocní, efektivní a kvalitní. Výrazně by tedy záleželo na tom, jakým způsobem by provedení této intervence proběhlo.

Mezi respondenty převládal názor, že není nutné snažit se peer konzultanty dovzdělávat a snažit se o jejich přílišnou specializaci a rozlišování.

Monika (3 roky praxe, CDZ) : *„přijde mi jako nesmysl rozlišovat pozici peera podle toho, v jaký organizaci nebo nemocnici pracuje, myslím si, že by to měla být prostě samostatná jednotka, která má prostě nějakou jako zkušenost. Když Bůh dá, protože spousta z nás má ty zkušenosti, má, co těm lidem předat, ale třeba není tak komunikačně zdatná. Že nějaký vzdělávání, nějakou komunikaci, prezentaci, spousta z nás by chtěla vystoupit nějak třeba na veřejnosti, když to tak cejtěj, ale prostě by potřebovali pomocť nějak jako s tímhle, jo.“*

V rámci této problematiky se pak realizuje mnoho peerů v rámci akční skupiny, která se snaží o analýzu toho, jakým způsobem pracují peer konzultanti v zahraničí, kde je tato pozice zavedena již mnohem déle.

Eva (7 let praxe, oddělení PN): *„Je tam hodně otázek a hodně odpovědí nám chybí a pracujeme na tom, pracujeme na analytické zprávě, kde srovnáváme působení peerů. Jsou tam Spojené státy, Austrálie, Nový Zéland, Anglie, Holandsko a je taková osnova, kde se zabýváme tím, jaké mají vzdělání, jako mají pozici, jestli mají nějaká etická pravidla pro peery, kdo je platí, jestli jsou placení zde zdravotního pojištění, takže se dělá nějaká takováhle analýza.“*

Sabina (6 let praxe, CDZ): *„[...] Ale je pravda, že třeba v některých zemích peři jsou placení ze zdravotního pojištění, nebo z jejich systému nějaký jako úhrady zdravotní péče, takže na tom teď vlastně pracujeme, na týchle analýze.“*

Co se v tomto kontextu opět poměrně často objevovalo, byla nedokonalá znalost či úplná neznalost peerské pozice ze strany státní správy. Z toho pak vyplývala obava o nedokonalou realizaci legislativního uplatnění. Na to ostatně poukazuje i fakt, že sami peer konzultanti si zakládají akční skupiny, ve kterých tuto problematiku řeší.

Eva (7 let praxe, oddělení PN) : *„[...] A podle toho jako nás potom nazývají rozdílně na různých místech, že někde je to pracovník v sociálních službách, musí si dělat ten kurz, tak teď se to řeší, jak se to zavede, a že třeba nemocnice má ošetrovatelskej kurz, takže by ti peři museli vynášet nočníky a prostě je to, ne všichni, co vymějšlej tyhle věci, maj představu, co přesně děláme, takže je to takový jako složitý.“*

David (3 roky praxe, volnočasový klub): *„[...] mnoho těch odborníků, kteří pracují na tom Ministerstvou zdravotnictví vůbec neví, kdo jsou peři. My jsme se shodli, že by potřebovali všichni metodickou poradu, která je součástí zapracovávání peerů, aby věděli, kdo to ten peer je.“*

Celá záležitost s legislativním ukotvením je tak komplexní, problematická a naráží na řadu menších, ale výrazných úskalí.

6. Závěr a diskuze

V rámci této diplomové práce jsem se pokusila nastínit problematické aspekty práce peer konzultantů v České republice, konkrétně v oblasti péče o duševní zdraví, tedy v tomto případě v rámci psychiatrických nemocnic, volnočasových klubů a sociálních služeb. Východiskem pro realizaci této práce pak byl fakt, že, ačkoli peer konzultanti působí na našem území již téměř sedm let, není tématu problematických aspektů těchto pracovníků věnováno v odborné literatuře příliš pozornosti. Brala jsem svou tému práci jako formu dotazování se na problematické aspekty peerské práce těch, kteří se s nimi v každodenní realitě setkávají.

První zjištění se týká náplně peerské práce. Zahraniční literatura o tomto tématu hovoří jako o rizikové oblasti s tím, že náplň práce je široká, nedá se jednoznačně uchopit a pro peery to tak může mít zdrojem zmatení. Z výsledků analýzy je však patrné, že ona širokost až neuchopitelnost se dá poměrně snadno rozdělit, ale pravděpodobně to může být i mým subjektivním pohledem, který jsem vnesla do analýzy dat, a výběrem vzorku.

Více než toto zjištění, může za pozornost stát fakt, že ona pestrost je vlastně méně problematická pro peer konzultanty samotné, naopak je to něco, co oni sami vnímají jako přínos, na druhé straně může být problematická pro pracovní kolektiv, který si nemusí být jist v tom, co má po peerech na pracovišti vlastně požadovat. Následně se špatně stanovují vstupní požadavky na peera, a efektivní nemusí být ani edukační kurzy, které mají nastupujícího peera na jeho výkon v pozici připravit. Samotné přípravné kurzy jsou pak též nejednotné a mohou se lišit v závislosti na dané organizaci a mohou obsahovat činnosti, které by pro peer konzultanty mohly být spíše přítěží.

To samé platí pro názvy pozic a možnost určitého kariérního růstu v rámci této pozice. Vztah mezi těmito kategoriemi bych označila za první více problematický s tím, že by si jistě zasloužil více pozornosti.

Dalším zjištění souviselo se zkušenostmi peerů s klienty-ačkoli zahraniční studie pojednávají o potenciálně problematickém vztahu mezi peerem a jeho pracovním týmem, u mých respondentů se tento aspekt projevil jako téměř neproblematický. Respektive – respondenti z oblasti sociálních služeb vypovídali o bezproblémové spolupráci a přátelské atmosféře, výpovědi respondentů pracujících v psychiatrické nemocnici byly značně odlišné. Tato odlišnost pak byla dána hlavně charakterem oblasti zdravotnictví v tom smyslu, že se zde mnohem více projevuje hierarchie, formální chování, neznalost peerské práce ze strany nemocničního personálu, stejně jako nutnost svou přítomnost neustále obhajovat. Zde přiznávám nedokonalost mého výzkumu s tím, že na tuto oblast nebyl v mém výzkumu dostatek respondentů, a toto téma by si jistě zasloužilo více prostoru na více přesvědčivě sestaveném vzorku. Za méně problematické bych označila i zkušenosti s náročnějšími klienty, kteří mají tendence překračovat hranice pomáhajícího vztahu, ale kteří se v rámci praxe respondentů objevují jen výjimečně.

Palčivějším tématem však byla výše platu, která je pro většinu pracovníků spíše nedostatečná, či dostatečná jen v případě, kdy mají peer konzultanti ještě jiný zdroj příjmů, například invalidní důchod. V této oblasti se pak objevuje první silná motivace pro legislativní ukotvení pozice peer konzultanta, které by umožnilo zanesení pozice do odpovídajících tabulek a vytvoření odpovídající výše platu. S tím ostatně souvisí i další téma, kterým je otázka budoucnosti a možnost kariérního růstu.

Co se týče otázky budoucnosti, která mohla potenciálně působit peer konzultantům úzkost, respondenti byli v otázce délce působení v pozici poměrně optimističtí a byla znát jejich hluboká motivace a identifikace s pozicí. Zároveň si však byli vědomi toho, že jejich možnosti realizace v jiných pracovních pozicích jsou díky jejich diagnóze výrazně omezeny.

Důležité pro rozvoj práce peer konzultanta by mohlo být také zjištění, že to, co jsem pro účel této práce nazvala kariérním růstem, zde probíhá spíše v podobě hlubší specializace, nabírání zkušeností a následné seberealizaci v souvisejících organizacích. Zároveň si uvědomuji, že pozice peera není jediná, která nemá variantu růstu v rámci pracovní pozice. Ne všechna pracovní místa se však potýkají s takovou nesourodostí termínů souvisejících v označování jednotlivých pozic. Zároveň si zde opět uvědomuji, že mám zde tendenci ke generalizaci a tento jev může být opět zapříčiněn výběrem respondentů.

Posledním velkým tématem je pak legislativní ukotvení – to má potenciál vyřešit řadu problémů. To znamená například zlepšit nedostatečné finanční ohodnocení, standardizovat náplň práce, napomoci k efektivnějším přípravným kurzům a více odpovídajícím vstupním požadavkům. Na druhé straně však přináší řadu otázek, jako je například ta, jak stanovit požadovanou výši vzdělání pro osoby, které díky svému onemocnění často přichází o příležitost dostudovat, aniž by ono stanovisko nezavřelo dveře jiným pracovníkům.

Dalším problémem je vlastně nepotřebná nutnost specializace peer konzultantů pro dvě rozdílné oblasti a s ní související odlišné přípravné kurzy. Respektive – nepotřebná dle výpovědí mých respondentů.

Zdá se, že tato pozice, ač se setkává s velmi pozitivní zpětnou vazbou ohledně jejího působení, se stále potýká s řadou ne zcela vyřešených aspektů, stejně jako s tím, že charakter této pozice je pro řadu jedinců stále ještě poměrně neznámá. Důsledkem je pak značná nejednotnost napříč organizacemi.

Nabízí se pak otázka, do jaké míry má cenu se vůbec prací peer konzultanta zabývat. Respektive-do jaké míry lze hovořit o člověku se zkušeností a s nějakou formou pracovního poměru v sociálních službách či psychiatrických nemocnicích, který určitým způsobem interaguje s klienty či pacienty, jako o pomáhajícím profesionálovi. Kde je ona hranice mezi pomáháním a profesionalitou a do jaké míry si tito jedinci za svou činnost zaslouží uznání, ať už ve formě většího finančního ohodnocení nebo v té podobě, že bude akceptován a respektován stejnou měrou, jako jeho kolegové, tedy sociální pracovníci či dokonce lékaři. Do jaké míry lze žitou zkušenost a schopnost empatie stavět na roveň s roky vzdělání a praxe. Tím se ostatně zabývají například Moore a Zeeman (2020). Ti si uvědomují variabilitu a nedokonalou ukotvenost požadavků na peerskou práci, jejichž jediná pevná část je ona „žitá zkušenost“ s duševním onemocněním, ani tak však nemá žádné pevně stanovené parametry. Díky tomu pak není možné peerskou práci, respektive její výstupy, přesněji operacionalizovat a měřit. Autoři peerskou práci do jisté míry přirovnávají k práci terapeutů, která je taktéž složena hlavně z komunikace a naslouchání klientům, a je značně diverzifikována v závislosti na množství proměnných. Přiznávají však, že i terapeutická práce musí být co do postupů a metodik silně standardizována, složena z postupů, jejichž efektivita je a musí být založena na důkazech. Autoři pak prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s peery představují situaci, kdy byl peer po návštěvě u klienta nervózní z toho, kdo uklidí mléko, které měl klient očividně již delší dobu položené na stole mimo ledničku. Snaží se tím poukázat na to, že zatímco ostatní pomáhající profesionálové, díky svému vzdělání a praxi, soustředí především na různé plány a metodiky, peer pracovníkům zbývá čas a kapacita orientovat se na malé, na první pohled bezvýznamné detaily, které však mohou být pro klienta důležité. Gillard et al. (2014) zase dodávají, že peer konzultant může být v pracovním týmu určitým mezičlánkem, který spojuje systém péče o duševní zdraví a perspektivu jeho uživatelů a napomáhá tak k jejímu postupnému

vylepšování a úpravě. Podle Byrneho et al. (2017) je přítomnost peer pracovníků v sociálních a zdravotních službách nezbytná pro zajišťování a udržování na zotavení orientovaného přístupu, podporu péče zaměřené na člověka, a v neposlední řadě také podporu vývoje systému péče a snižování systémových nákladů na péči.

Domnívám se také, že je důležité reflektovat tuto otázku v kontextu, ve kterém se nachází – tedy v oblasti sociálních a zdravotních služeb. Jak napovídá druhá kapitola této práce, podoba sociálních služeb a zdravotní péče v České republice sama nabízí ukázkou nepřesných hranic, ne zcela efektivní spolupráce mezi jednotlivými rezorty a otázek, která strana by se měla starat o které klienty, v jakém stadiu jejich zdravotního stavu, a tudíž by si zajisté zasloužila více pozornosti (Winkler et al., 2013; Broulíková 2019, Národní akční plán pro duševní zdraví, 2020)

Ač se v tomto případě jedná především o mou perspektivu nahlížení na tento problematický aspekt peerské práce, dovolím si poznatky shrnout následujícím způsobem: peer pracovník jistě není pomáhající profesionál, který by byl stoprocentně nepostradatelný. Pravděpodobně by ani nebylo vhodné, aby pracoval samostatně, tedy nezařazen do pracovního týmu. Jeho činnost je ale důležitou součástí práce s klienty s duševním onemocněním, jejíž efektivita je navíc prokázána řadou studií (např. Repper a Carter, 2011; Davidson et al, 2012; Liana a Windarwati, 2021), a která se tak může zasadit o postupné zotavení klientů s duševním onemocněním.

7. Limity výzkumu

Hlavní výtka směřovaná k výsledkům mé práce pak patří k výběru výzkumného vzorku, který byl, vzhledem ke zkoumaným oblastem značně disproporční. Ačkoli bylo prvotním cílem získat co nejvíce výpovědí s tím, že primárně oblasti sociálních služeb a oblast psychiatrických léčeben se může v něčem lišit, vybraných respondentů není zdaleka tolik, aby bylo možné výsledky analýzy prohlásit za obecně platné, a je třeba je interpretovat s jistou opatrností. Zároveň je pravdou, že výzkum by mohl získat na větší reliabilitě po rozhovorech s větším množstvím odborníků, pohybujících se v oblasti péče o duševní zdraví a strukturálních intervencích souvisejících s prací peer konzultantů, například vedoucí daných sociálních služeb či pracovníky Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví. Platnost získaných poznatků by pak lépe prověřila kvantitativní analýza, která má potenciál získat odpovědi od většího množství respondentů, nicméně domnívám se, že to by do jisté míry mohlo obsahem značně přesáhnout možnosti diplomové práce.

8. Seznam použité literatury

Alexová, A., Kågström, A., Winkler, P., Kondrátová, L., & Janoušková, M. (2019). Correlates of internalized stigma levels in people with psychosis in the Czech Republic. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(5), 347–353. <https://doi.org/10.1177/0020764019850204>

Analýza potřeb. Praha: Národní ústav duševního zdraví, [online]. EU, ESF, Operační fond zaměstnanost. Dostupné z: https://narovinu.net/wp-content/uploads/2019/08/ANAL%C3%9DZA-POT%C5%98EB-Po_korekture_final_finalni_programy_ZT-1.pdf

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Bártová, A. (2019). *Pojetí pozice peer konzultanta v kontextu zaměstnávání osob s duševním onemocněním a analýza jejího využití v České republice*. . Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociologie. Vedoucí práce Diviák, Tomáš.

Broulikova, H. M., Dlouhy, M., & Winkler, P. (2020). Expenditures on Mental Health Care in the Czech Republic in 2015. *Psychiatric Quarterly*, 91(1), 113–125. <https://doi.org/10.1007/s1126-019-09688-3>

Byrne, L., Happell, B., & Reid-Searl, K. (2017). Acknowledging Rural Disadvantage in Mental Health: Views of Peer Workers: Acknowledging Rural Disadvantage in Mental Health: Views of Peer Workers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(4), 259–265. <https://doi.org/10.1111/ppc.12171>

Carlson, L. S., Rapp, C. A., & McDiarmid, D. (b.r.). Hiring Consumer-Providers: Barriers and Alternative Solutions. *Community Mental Health Journal*, 15.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>

Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>

Davidson, L., Tondora, J., O’Connell, M. J., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 23–31. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.23.31>

Davidson, L., amy, C. B., Guy, K., & er, R. a M. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>

Durkheim, E. 1951. "Suicide: a study in sociology. Translated by JA Spaulding and G. Simpson (Glencoe, Illinois: The Free Press, 1951).

Formánek, T., Kagström, A., Cermakova, P., Csémy, L., Mladá, K., & Winkler, P. (2019). Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European Psychiatry*, 60, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.05.001>

Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., Rinaldi, M., & Stamou, E. (2015). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(6), 682–694. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>

Goffman, E.. 2003. Stigma. Poznámky o způsobech zvládání narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství.

Gray, L., Wong-Wylie, G., Rempel, G., & Cook, K. (2020). Expanding Qualitative Research Interviewing Strategies: Zoom Video Communications. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4212>

Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: The state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 249–258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>

Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: The state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 249–258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>

Höschl, C., Winkler, P., & Pešč, O. (2012). The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 278–285. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.688730>

Irani, E. (2019). The Use of Videoconferencing for Qualitative Interviewing: Opportunities, Challenges, and Considerations. *Clinical Nursing Research*, 28(1), 3–8. <https://doi.org/10.1177/1054773818803170>

Janoušková M., Winkler P. (2015). Stigma a psychiatrie (Stigma and psychiatry) *Psychiatrie*. Praha: Tigris s.r.o., 2015, vol. 19, No 1, p. 30-36. ISSN 1211-7579.

Janoušková, M., Tušková, E., Weisssová, A., Trančík, P., Pasz, J., Evans-Lacko, S., & Winkler, P. (2017). Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. *European Psychiatry*, 41(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.09.008>

Jones, N., Niu, G., Thomas, M., Riano, N. S., Hinshaw, S. P., & Mangurian, C. (2019). Peer Specialists in Community Mental Health: Ongoing Challenges of Inclusion. *Psychiatric Services*, 70(12), 1172–1175. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800552>

Liana, L., & Windarwati, H. D. (2021). The effectivity role of community mental health worker for rehabilitation of mental health illness: A systematic review. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 11, 100709. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100709>

Link, B. G., & J. C. Phelan. 2001. "Conceptualizing stigma." *Annual review of Sociology*:363-385.

Mahrová, G., & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada.

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>

Merton K. (1967). *Studie ze sociologické teorie*. Praha: Slon

Moore, T., & Zeeman, L. (2021). More ‘milk’ than ‘psychology or tablets’: Mental health professionals’ perspectives on the value of peer support workers. *Health Expectations*, 24(2), 234–242. <https://doi.org/10.1111/hex.13151>

Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges Experienced by Paid Peer Providers in Mental Health Recovery: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281–291. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y>

Mowbray, C. T., Moxley, D. P., & Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25(4), 397–411.
<https://doi.org/10.1007/BF02287510>

Mowbray, C. T., Moxley, D. P., Thrasher, S., Bybee, D., & Harris, S. (1996). Consumers as community support providers: Issues created by role innovation. *Community Mental Health Journal*, 32(1), 47–67.
<https://doi.org/10.1007/BF02249367>

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. [online] MZ ČR. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

Nawka, A., Rukavina, T. V., Nawková, L., Jovanović, N., Brborović, O., & Raboch, J. (2012). Psychiatric disorders and aggression in the printed media: Is there a link? a central European perspective. *BMC Psychiatry*, 12(1), 19.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-19>

Nawka, A., Rukavina, T. V., Nawková, L., Jovanović, N., Brborović, O., & Raboch, J. (2012). Psychiatric disorders and aggression in the printed media: Is there a link? a central European perspective. *BMC Psychiatry*, 12(1), 19.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-19>

Ocisková M., Praško J. (2015), *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada

Pec, O. (2019). Mental health reforms in the Czech Republic. *BJPsych International*, 16(1), 4–6. <https://doi.org/10.1192/bji.2017.27>

Pěč O., Probstová V. (2009), *Psychózy*. Praha: Triton.

Průvodce reformou psychiatrické péče. MZČR. EU, ESF, Operační fond zaměstnanost. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf

Raboch J., Wenigová B.(eds). (2012). Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>

Říčan, P. (2015, říjen). Zapojení peerů proti stigmatizaci. Příspěvek byl prezentován na Úvodním setkání zapojených organizací/týmů v Praze. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Vyzkum-v-projektu-PK-a-destigmatizace_Pavel-Rican.pdf

Simpson, A., Oster, C., & Muir-Cochrane, E. (2018). Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 662–671. <https://doi.org/10.1111/inm.12351>

Švaříček, r., Šedřová, k. et al. (2014). Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál.

TED Talks, 2019. Okno do reformy péče o duševní zdraví, Petr Winkler. YouTube video. [2019-07-24]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=DujdBrxZ2Og>

Thornicroft, G. 2006. Shunned: Discrimination against people with mental illness: Oxford: Oxford.

Thornicroft, G., D. Rose, A. Kassam, a N. Sartorius. 2007. "Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?" *The British journal of psychiatry*. (Mar.):192-193.

Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Deproost, E., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2018). Constructing a positive identity: A qualitative study of the driving forces of peer workers in mental health-care systems.

International Journal of Mental Health Nursing, 27(1), 378–389.
<https://doi.org/10.1111/inm.12332>

Winkler, P., Barrett, B., McCrone, P., Csémy, L., Janoušková, M., & Höschl, C. (2016). Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 208(5), 421–428.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161943>

Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Mladá, K., Bankovská Motlová, L., & Evans-Lacko, S. (2015). Reported and Intended Behaviour Towards Those With Mental Health Problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry*, 30(6), 801–806. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.003>

Winkler, P., Mladá, K., Krupchanka, D., Agius, M., Ray, M. K., & Höschl, C. (2016a). Long-term hospitalizations for schizophrenia in the Czech Republic 1998–2012. *Schizophrenia Research*, 175(1–3), 180–185.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.008>

Winkler, P., Španiel F., Csémy L., Janoušková M., Krejníková L. (2013). Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. [online]. Psychiatrické centrum Praha. Dostupné z:
https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví, 2. vydání. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [online]. SOMA 2016. Dostupné z:
http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf

Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [online]. ESF 2012-2014. Dostupné z:
http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPK_web.pdf

Zpráva o přínosu zapojení peer konzultantů. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [online]. ESF 2015. Dostupné z:
http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Institut/Zprava-o-prinosu-zapojeni-peer-konzultantu_PK-Praha_1.pdf